Über die Häufigkeit der Herdreaktion nach Tuberkulineinspritzung, ihr Verhältnis zur Allgemeinreaktion, sowie ihre Bedeutung, insbesondere für die „Aktivität“ der Lungentuberkulose.

Erwiderung auf die gleichlautende Arbeit von Dr. C. Kraemer
in Bd. 42, H. 3 dieser Beiträge.

Von

Dr. Bochalli, Lostau.

Das alte Thema in neuer Form! Die bisher hierüber erschienenen Arbeiten sind nach Kraemer nicht massgebend: „Mit füglichem Recht darf nunmehr behauptet werden, dass alle Untersuchungen der Lunge auf Herdreaktion als unvollständig zu gelten haben, wenn sie nicht auch das Hilusgebiet mit einschliessen. Und dieses Urteil ist über sämtliche bisherigen Literaturangaben über die Herdreaktion auf der Lunge zu fällen, ob sie nun bloss allgemein oder in Zahlen gefasst sind; von Hilusveränderungen ist nirgends die Rede, wie ja die perkutorische Hilusuntersuchung leider noch weithin unbekannt ist.“ — Ein hartes Urteil aus dem Munde eines Fachkollegen über erfahrene Untersucher! Lediglich den früheren Untersuchungen den Wert abzusprechen, weil von Hilusveränderungen keine Rede ist, ist doch nicht angängig. Es ist doch wohl selbstverständlich, dass man bei sorgfältig und systematisch durchgeführten Untersuchungen auf Herdreaktionen nach diagnostischer Tuberkulinprobe nicht nur die Spitzen, sondern die ganzen Lungen, insbesondere das röntgenologisch viel umstrittene Hilusgebiet, untersucht; eine Forderung, die übrigens jeder Facharzt auch sonst stets betont. — Von Hilusveränderungen werden die früheren Veröffentlichungen wohl deswegen nichts enthalten, weil keine gefunden wurden. Im übrigen findet in meiner Arbeit, wie aus den Tabellen hervorgeht, das Hilusgebiet wiederholt Berücksichtigung beim objektiven Befund, und eine Hilus-Herdreaktion nach 1 mg, allerdings nur auskultatorisch, wird auch in Fall 30 angeführt. Perkutorische Veränderungen habe ich bei der Herdreaktion überhaupt nicht gefunden, das ist anderen auch so gegangen. Ritter betont im Handbuch der Tuberkulose: „Auffallenderweise hat von Romberg für Erkennung der Herdreaktion den grössten Wert auf die Perkussion gelegt, die Otten und Walterhöfer in Übereinstimmung mit unseren Erfahrungen nur selten als brauchbar gefunden haben und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auskultatorische Zeichen, vermehrtes Rasseln, als Zeichen der Herdreaktion feststellten.“ Wenn Kraemer gegen die Untersuchungen, „wo nur oder fast nur über auskultatorische Herdreaktions-Veränderungen berichtet wird“, Misstrauen hegt und an mangelnde Perkussions-

technik (!) denken möchte, so scheint mir das Misstrauen gegen Untersuchungen, die besonders perkutorische Veränderungen hervorheben, berechtigter zu sein. Dass Hilusdämpfungen bei Tuberkulösen vorkommen, ist nicht neu — auch der Begriff der Hilustuberkulose ist bekannt —; neu ist nur die Häufigkeit des Auftretens von Hilusdämpfungen nach Tuberkulinreaktion, wie sie Kraemer gefunden hat. Kraemer spricht in seiner Arbeit viel von Täuschungen der früheren Untersucher; aber nach meiner Ansicht sind perkutorische Täuschungen leichter möglich als auskultatorische. Ich erinnere daran, was Cornet in seinem Handbuche sagt: „Zwei sehr renommierte und wohlverfahrene Ärzte stellten denselben Patienten, der eine vormittags wegen rechtsseitiger Spitzendämpfung, der andere am nämlichen Nachmittag wegen — linksseitiger Spitzendämpfung vor.“ — Auch Kraemer hat wohl das Unsichere seiner Hilusdämpfungen selbst gefühlt, wenn er, „um vor Selbsttäuschung sicher zu sein, wiederholt in solchen Fällen die Tuberkulinprüfung zweimal vornahm“, ein Verfahren, das übrigens lediglich experimenti causa nicht nachahmenswert ist. Der Ansicht Kraemers, dass der klinische Nachweis der Herdreaktion selten ist — noch seltener, als ich nach meiner kleinen Zahl, ohne das verallgemeinern zu wollen, gefunden hatte —, und dass sie über aktive oder inaktive Tuberkulose der Lunge nichts besagt, stimme ich durchaus bei. Seine Ansicht, dass „das was man gemeinhin unter ‚geschlossener‘ Lungentuberkulose versteht, eine seit der Kindheit fortbestehende Bronchialdrüsen- (kurz Hilus-) Tuberkulose mit ihren (vielfach unspezifischen) Nah- und Fernwirkungen, und nur die ‚offene‘ Form (auch ohne Bazillen im Auswurf) eine Tuberkulose des eigentlichen Lungengewebes sei“, wird — unbewiesen — zunächst noch nicht allgemein geteilt werden können. Es wird zugegeben, dass die Unterscheidung zwischen ‚geschlossener‘ und ‚offener‘ Lungentuberkulose lediglich nach dem negativen oder positiven Bazillenbefund im Auswurf wenig befriedigend und wenig sicher ist, und es werden wohl viele Fälle mit Auswurf, wenn auch keine Bazillen gefunden sind (die Häufigkeit und Art der Untersuchung spielt da auch eine Rolle!), der offenen Form angehören. Aber wozu rechnet Kraemer dann die Fälle, in denen weder Husten noch Auswurf besteht und nur geringe Veränderungen — meist im Anfangsstadium und in den Spitzen — vorliegen, also doch auch eine Tuberkulose — aber noch keine offene — des Lungengewebes vorhanden ist? — Die Sicherheit seines Ausspruches beim Hinweis auf seine grössere zusammenfassende Arbeit: „dass ein reiches klinisches, röntgenologisches und auch pathologisch-anatomisches Material an der Richtigkeit der genannten Zerteilung kaum noch einen Zweifel aufkommen lässt, wird von ihm selbst schon durch den nachfolgenden Satz wesentlich abgeschwächt: „Sollte sie sich trotzdem weiterhin als irrtümlich erweisen, so wären die daraus gezogenen Schlussfolgerungen für die Frage der Herdreaktion und Aktivität der Lungentuberkulose natürlich ebenfalls hinfällig und das Unstimmige, Verwirrende in den Untersuchungsergebnissen und Ansichten darüber bliebe beim alten. Die vorliegende Arbeit fände dann hier schon ihr Ende.“