

rundlicher Schatten zu erkennen, das Exsudat als handbreiter Schatten oberhalb der Leber. Es zeigte sehr stark Wellenbewegung bei der Atmung, wie eine Wasserfläche bei starkem Winde. Das Herz war etwas nach der gesunden Seite verschoben. Die auskultatorischen und perkutorischen Erscheinungen gingen in der Folge rasch zurück. Sehr exakt ließ sich der Heilungsverlauf auf dem Röntgenschirm beobachten. Am 14. Juli 1915 war die Wiederentfaltung der Lunge in Gestalt eines dunklen Streifens zu erkennen, welcher die Thoraxhälfte fast genau von oben nach unten halbierte. Im unteren Winkel des äußeren Thoraxviertels, wenn ich so sagen darf, war die starke Wellenbewegung des Exsudatrestes zu sehen. Am 30. Juli war kein Exsudat mehr nachweisbar. Bei der Entlassung am 24. August befand sich die linke Lunge in normalen Grenzen, doch bestand eine linkseitige Dorsalskoliose, die linke Brusthälfte war vorn und hinten etwas eingesunken, und das normale große Herz lag in abnormer Ausdehnung der vorderen Brustwand an (Lungenretraktion). Die Herztöne waren rein, der Puls etwas beschleunigt. Gutes Allgemeinbefinden.

Abgesehen von der Seltenheit des Falles, fällt die schnelle Resorption des Exsudates auf. Mittels des Röntgenschirmes läßt sich bekanntlich fast momentan die Diagnose des Pneumothorax mit Flüssigkeitserguß stellen. Die Beobachtung des Heilungsverlaufs und die Wiederherstellung der Lunge läßt sich auf diese Weise gleichfalls unvergleichlich schneller und exakter durchführen und erkennen als mittels anderer Methoden. In der Röntgendiagnostik von Holzknecht und Grödel sind nur Bewegungen des Exsudates bei Lagewechsel und synchron mit der Herzbewegung beschrieben. In meinem Falle fielen die sehr lebhaften Wellenbewegungen bei der Atmung auf. Beide Autoren bringen keine Bilder von Seropneumothorax, sondern nur von dem häufigeren Pyopneumothorax. Es ist daher möglich, daß diese Bewegungen dem serösen Exsudat wegen seiner Dünflüssigkeit eigentümlich sind. Doch wage ich die Frage mangels eigener größerer Erfahrung auf diesem Gebiete nicht zu entscheiden.

Seropneumothorax nach Schußverletzung.

Von Dr. Otto Heinemann,

z. Z. Ordinierender Arzt der Chirurgischen Station
am Reservelazarett Krankenhaus Hasenheide in Berlin.

H. O. wurde am 15. Juni 1915 in Rußland durch Gewehrscuß in der linken Brustseite verwundet, am 5. Juli 1915 hier aufgenommen. Die linke Thoraxhälfte war etwas eingesunken; der Einschuß fand sich oberhalb des Akriomiales des Schlüsselbeins, der Ausschuß median vom unteren Schulterblattwinkel. Vorn in der Mamillarlinie begann die absolute Dämpfung an der vierten Rippe, hinten im gleichen Niveau bei aufrechter Haltung. Die Dämpfung war bei Lagewechsel leicht verschieblich. Oberhalb der absoluten Dämpfung war der Schall im Vergleich zur gesunden Seite auffallend laut, hinten mit tympanischem Beiklang. Das Atemgeräusch war abgeschwächt, aber als vesikulär zu erkennen. Probepunktion ergab statt des erwarteten Blutes eine rein seröse Flüssigkeit ohne jede blutige Beimischung. Die Röntgendurchleuchtung von vorn nach hinten zeigte ein sehr frappantes Bild. Im Bereich des lauten Schalls war die eine Brusthälfte, wie immer bei Pneumothorax, heller als die gesunde. Die kollabierte Lunge war als