

III.

Zusammenfassung.

Von

Dr. H. Philippi.

Mit Tafel I.

Zusammenfassend sind als Symptome erster Ordnung, die bei endothorakaler Drüsen- resp. Hiluserkrankung immer nachgewiesen sein müssen, folgende Erscheinungen zu beachten:

Ausgesprochen paravertebrale, zwischen Spina und Mitte Scapulae nachweisbare, meist durch eine hellere Zone von den eigentlichen Spitzendämpfungen getrennte, resp. parasternale, meist im II. Interkostalraum am stärksten ausgesprochene Dämpfungen. Schallverkürzungen über den entsprechenden Rückenwirbeln. Deutliche Resistenzvermehrung besonders über den Hilusdämpfungen.

Mehr oder weniger nach dem bronchialen hin verändertes, meist unreines Atmen, oft mit Keuchen bei stärkerem Husten.

Verstärkung der Bronchophonie.

Dazu kommt noch ein positiver Befund bei Röntgenaufnahmen.

Bei aktiven Prozessen in den endothorakalen Drüsen findet sich ausserdem immer noch eine ausgesprochene Lymphozytose, die durch Tuberkulininjektionen gesteigert werden kann (siehe die Arbeit von Schulz).

Ausserdem bestehen meist labile und subfebrile Temperaturen, oft mit intermittierendem Charakter.

Ferner ist die Pirquetsche Reaktion schon auf schwache Tuberkulinlösungen meist positiv.

Ziemlich häufig treten Randpleuritiden auf, die leicht rezidivieren.

Als Symptome zweiter Ordnung, die nur zum Teil oder gar nicht vorhanden sein brauchen, wären etwa zu betrachten: die subjektiven Beschwerden (Rücken- resp. Brustschmerzen, Druck-

empfindlichkeit über den erkrankten Partien resp. den entsprechenden Rückenwirbeln, paroxysmale Dyspepsie, Unregelmässigkeit der Herzaktion, Störungen in der Stimmbänderfunktion, Hustenparoxysmen, zeitweilig auftretendes Seitnestecken), Hautblässe; wechselnde bronchitische Erscheinungen; Verstärkung des Stimmfremitus, Unreinigkeit der Töne über den grossen Gefässen, Akzentuierung der den Dämpfungen entsprechenden zweiten Seminularklappentöne.

Krankengeschichten.

Die folgenden Krankengeschichten sollen vor allem die Übereinstimmung der perkutorischen und röntgenologischen Befunde dartun, wobei zu beachten ist, dass die Perkussions- und Auskultationsbefunde vor der Röntgenaufnahme erhoben wurden. Die Röntgenaufnahmen sind mit einem Idealapparat von Reiniger, Gebbert u. Schall von Herrn Dr. Alexander gemacht worden.

In diesen sowie den übrigen mehr als 50 Fällen meiner Beobachtung handelt es sich nicht um reine endothorakale Drüsenerkrankungen, sondern auch um mehr oder weniger ausgesprochene tuberkulöse Peribronchitiden, sowie tuberkulöse Veränderungen im Hilusgewebe und in den Lungenspitzen.

Die in keinem dieser Fälle fehlende Lymphozytose weist aber auf eine aktive Mitbeteiligung der Drüsen im ganzen Krankheitsbilde hin.

Ich will ferner noch erwähnen, dass die Schulz'schen Ergebnisse auch durch die Kontrolluntersuchungen meiner späteren Assistenten, der Herren Dr. Alexander und Dr. Schläu, volle Bestätigung gefunden haben, welchen Herren ich für ihre Mitarbeit an dieser Stelle bestens danken möchte.

Fall 1. Aus der Anamnese: Fräulein K., 21 Jahre, seit zwei Jahren Neigung zu Schwindel und Ohnmachten, Gefühl der Mattigkeit nach Überanstrengung, Abnahme des Appetits, trockener Husten, etwas Atemnot, öfters Stiche über den Lungenspitzen, besonders rechts, seit einem halben Jahre Temperatursteigerungen bis 37,8° C. Seit 5 Jahren, im Anschluss an einen starken Darmkatarrh, öfters auftretende Darmbeschwerden, in Form von Schmerzen und wechselnden Verdauungsstörungen.

In meiner Beobachtung mit Unterbrechung vom 26. Oktober 1908 bis 29. Juli 1910.

Blasse, oft wechselnde Gesichtsfarbe. Lymphatisches Aussehen. Halslymphdrüsen beiderseits etwas vergrössert, nicht druckempfindlich.

Lungenbefund (Schlussuntersuchung):

Perkussion: R. V. O. über der Spitze sowie im 1. und 2. I.C.R. neben Sternum geringe Schallverkürzung. Ferner rechts vorne unten schräg nach aussen zu verlaufende Schallverkürzung.

R. H. O. paravertebrale Schallverkürzung stärker als vorn, gegen Spina scapulae deutlich aufgehellt (sonore Zone), unter Spina scapulae bis etwas über Mitte Scapulae paravertebrale Schallverkürzung stärker als oben, etwa zwei Finger breit mit Resistenzvermehrung. Unten geringe Schallverkürzung, kaum zwei Finger breit; nach aussen zu heller.

L. V. O. über Klavikula Schall etwas deutlicher verkürzt als rechts, im 1. I.C.R. aussen auch noch etwas verkürzt.

L. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung, gegen Spina scapulae verschwindend (sonore Zone), bei Mitte Scapulae geringe paravertebrale Schallverkürzung, kleiner als rechts. Ausserdem deutliche Schallverkürzungen über den Querfortsätzen der 3., 4. und 5. Rückenwirbel; 2. und 3. Dornfortsatz druckempfindlich.

Auskultation: Über der rechten Spitze Atmung fast broncho-vesikulär, etwas unrein, hinten oben über Spina nach Husten etwa ein feiner klangloser Knacks. Über der unteren paravertebralen Dämpfung vesiko-bronchiales Atmen und spärliche, scharfe, ziemlich feine Knackse nach Husten.

In den unteren Partien Atmung etwas abgeschwächt, unrein, in der unteren Axillargegend feine, leise, knarrende Geräusche.

Über der linken Spitze vorn ziemlich reines vesiko-bronchiales Atmen, hinten mehr vesikulär, über dem unteren äusseren Lungenrand hier und da ein feiner leiser Knacks.

Bronchophonie in den oberen parasternalen und paravertebralen Partien der rechten Lunge grösser als über den entsprechenden Partien der linken Lunge, ebenso der Stimmfremitus.

In der ersten Zeit Temperatur während längerer Monate subfebril, ziemlich häufiges Auftreten von frischen pleuritischen Reizungen sowohl in der rechten unteren Axillargegend als auch seltener in der linken unteren Axillargegend.

Die anamnestisch erwähnten Verdauungsstörungen steigern sich, und es wird eine chronische Perityphlitis festgestellt, die am 21. Februar 1909 operiert wird; daraufhin werden die Darmbeschwerden allmählich besser.

Die Patientin machte drei Tuberkulinkuren durch. Die Temperatur war in den letzten Monaten dauernd normal.

Auf dem Röntgenbild zeigen sich deutliche Hilusschatten, in welche schärfere rundliche Schatten, wohl sicher von Drüsen herrührend, eingestreut sind.

Im ganzen sind die Schatten entsprechend den perkutorischen Phänomenen rechts wesentlich stärker ausgesprochen als links.

Ferner zeigen sich vor allem auf der rechten Seite vom Hilus nach oben ziehende stärkere peribronchitische Schatten, zum Teil mit knötchenförmigen Verdickungen. Links sind diese peribronchitischen Schatten wesentlich schwächer ausgeprägt¹⁾.

In den Spitzen zeigen sich nur ganz minimale fleckige Trübungen, die nur auf der Platte zu sehen sind.

Blutbefund vom 17. November 1908 (Dr. Häberle): Neutrophile 63%, Lymphozyten 32%, Eosinophile 3%, Übergangsformen 2%.

Pirquetsche Reaktion auf 5% Tuberkulin stark positiv.

Patientin ist seit einem Jahre ausser Behandlung, hat unterdessen geheiratet und erfreut sich besten Befindens.

Fall 2. Herr E., 23 Jahre alt, blasses Aussehen, keine deutlichen Drüsenschwellungen am Halse.

Aus der Anamnese: In der Kindheit zweimal rechtsseitige Pneumonie, vor 7 Jahren Bronchitis, seither Mattigkeit, öfters heftige Bronchialkatarrhe, seit einem Jahre subfebrile Temperaturen.

¹⁾ Auf der Reproduktion weniger deutlich als auf der Platte.

Lungenstatus (Schlussbefund):

Perkussion: L. V. O. Schallverkürzung über Klavikula und über dem 1. und 2. I.C.R. neben Sternum, sowie in der unteren Axillargegend, etwa zwei Finger breit.

L. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung gegen Spina scapulae aufhellend (sonore Zone), stärkere paravertebrale Schallverkürzung mit Resistenzvermehrung unterhalb Spina scapulae nicht bis zum Schulterblatt reichend, gegen Angulus scapulae aufhellend, unten geringe, kaum zwei Finger breite Schallverkürzung.

R. V. O. geringe Schallverkürzung über Klavikula, sowie im 1. und 2. I.C.R. neben Sternum, kleiner als links. Unten noch geringe, kaum zwei Finger breite Schallverkürzung.

R. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung gegen Spina hin verschwindend (sonore Zone), unterhalb Spina scapulae wieder deutliche Schallverkürzung, kleiner als links. Unten auch geringe Schallverkürzung, kleiner als links.

Ebenso geringe Schallverkürzung über den Dornfortsätzen des 3., 4. und 5. Rückenwirbels.

Auskultation: R. V. O. über Klavikula ziemlich rein, vesiko-bronchial, vom 1. I.C.R. an vesikulär, in den oberen sternalen Partien noch etwas unrein, unten etwas abgeschwächt.

L. V. O. unrein, abgeschwächt, kaum vesiko-bronchial, im 1. und 2. I.C.R. neben Sternum mehr vesikulär, mit verschärftem Inspirium, untere Axillargegend abgeschwächt, unrein, vesikulär, mit leicht sakkadiertem Inspirium, hier und da ein leiser feiner Knacks über Lungenrand.

R. H. O. etwas unrein, vesiko-bronchial, neben Spina scapulae mehr vesikulär, unterhalb Spina scapulae neben Wirbelsäule noch etwas unrein, vesikulär, Atmung nach unten zu lauter, reiner.

L. H. O. unrein, vesiko-bronchial, bei Spina scapulae mehr broncho-vesikulär mit verlängertem hauchendem Expirium (früher hin und wieder auch Keuchen beim Husten), unterhalb Mitte Scapulae lauter, reiner, mehr vesikulär, etwas verlängertes Expirium. Kein Lungenauswurf.

Zweiter Aortenton eine Spur akzentuiert.

Stimmfremitus über den oberen und parasternalen Partien resp. paravertebralen Partien rechts grösser als über den entsprechenden Partien links. **Bronchophonie** desgleichen, nur links hinten oben über den paravertebralen Partien entsprechend Mitte Scapulae ausgesprochen hauchend und stärker als rechts.

Blutbefund:

Datum	Hämogl.	Weisse Blutk.	Neutroph.	Lymphozyten	Eosinophile	Übergangsformen	Mastz.
28. XII. 09	75 %	7600	56 %	34 %	1,7 %	7,3 %	1 %
8. III. 10 nachm.	—	13600	58 „	37 „	2 „	3 „	—
9. III. 10 = 14 Std. nach ^{5/1000000} mg T.A.O.	—	8300	54 „	44 „	1 „	1 „	—
22. XI. 10		8225	60 „	32 „	2 „	6 „	—

Dr. Schulz.

Kein Lungenauswurf, in den ersten Wochen intermittierende subfebrile Temperaturen bis $37,5^{\circ}$, die dann unter Tuberkulinbehandlung zur Norm abfielen und nach einer Influenza wieder während drei Wochen anstiegen. Später dauernd normale Temperatur.

In der ersten Zeit öfters trockene Randpleuritiden in der linken unteren Axillargegend, seltener auch rechts vorne unten.

Pirquet am 1. XII. 10 auf 1% Tuberkulinlösung deutlich positiv.

Röntgenogramm: Ausgesprochene Hilusschatten, links stärker entwickelt als rechts; beiderseits deutlich ausgeprägte fast kreisrunde Drüsen Schatten; von den Hilusschatten strahlen beiderseits deutliche peribronchitische Schatten, nach der Spitze zu und verlaufen in der Hauptsache paravertebral.

Auch die unteren sogenannten Begleitschatten sind stärker als normal ausgesprochen und lassen sich bis in den Pleurasinus hinein verfolgen.

Das Zwerchfell zeigt beiderseits leicht winkelige Knickungen.

Die linke Seite ist im toto im Vergleich zur rechten eingeengt, besonders in ihren unteren Partien.

Über dem hinteren Ansatz der 7. Rippe sieht man neben einer kreisrunden Drüse das offenbar in der Strahlenrichtung getroffene Lumen eines mittelgrossen Bronchus mit einem schräg nach oben verlaufenden, sich keilförmig verjüngenden Aste.

Auf der Platte ist auch noch eine ganz leichte wolkige Trübung der Spitzen erkennbar, links etwas mehr wie rechts.

Die Trachea ist in den oberen Partien etwas nach rechts verzogen.

Es ist keine Gelenkspalte im sterno-klavikularen Gelenk zu sehen.

Fall 3. Fräulein Kn., 17 Jahre, blasses Aussehen; die hinteren Zervikaldrüsen, besonders rechts etwas vergrössert, chronische Tonsillitis und Pharyngitis.

Aus der Anamnese: Wiederholt Lungenkatarrhe, seit Sommer 1906, unregelmässige Temperaturerhöhungen bis $38,5^{\circ}$.

Lungenbefund (Schlussuntersuchung):

Perkussion: R. V. O. über Klavikula geringe Schallverkürzung, im 1. I.C.R. neben Sternum deutlicher; unten etwa zwei Finger breite, nach aussen aufhellende Schallverkürzung.

R. H. O. deutliche paravertebrale Schallverkürzung mit Resistenzvermehrung, stärker als vorn, gegen Spina scapulae zu deutlich heller (sonore Zone), unterhalb Spina scapulae wieder stärker, nicht ganz bis zum Rand der Skapula reichend, gegen Angulus scapulae aufhellend. Rechts hinten unten geringe Schallverkürzung, etwa zwei Finger breit, nach aussen zu heller.

L. V. O. geringe Schallverkürzung, kleiner als rechts, über Klavikula und im 1. I.C.R. neben Sternum, ebenso über dem Manubrium sterni kleine Schallverkürzung.

L. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung, kleiner als rechts, gegen Spina scapulae zunehmend, stärker als rechts, gegen Mitte Scapulae wieder abnehmend, hier kleiner als rechts.

Über den Dornfortsätzen des 3. und 4. Rückenwirbels deutliche Schallverkürzung und ausgesprochene Druckempfindlichkeit.

Auskultation: R. V. O. vesiko-bronchiales Atmen, unrein und abgeschwächt, nach Husten etwa ein feiner ferner Knacks, ebenso im 1. I.C.R. neben Sternum, hier verschärftes Inspirium (über diesen Stellen anfänglich

deutlich ausgesprochene mittlere, fernklingende trockene Rhonchi), weiter unten vesikulär.

R. H. O. vesiko-bronchial, bei und unterhalb Spina scapulae mehr broncho-vesikulär (hier in der ersten Zeit deutliche mittlere, knackende und knarrende Rhonchi), zuletzt noch etwa ein ziemlich feiner fernklingender Knacks nach Husten, weiter unten vesikulär, ganz unten neben Wirbelsäule etwas abgeschwächt, hier auch zeitweise feine Pleuracknackse, später verschwindend.

L. V. O. ziemlich rein, vesikulär, lauter als rechts, mit etwas verlängertem Exspirium, sonst überall vesikulär, im 1. I.C.R. neben Sternum mit etwas verschärftem Inspirium.

L. H. O. vesiko-bronchial, wenig unrein, gegen Mitte Scapulae mehr vesikulär, in den paravertebralen Partien mit etwas verschärftem Inspirium.

Stimmfremitus und Bronchophonie über den Spitzen und oberen parasternalen resp. paravertebralen Partien verstärkt, rechts mehr als links.

Kein Lungenauswurf.

Später öfters Kopfschmerzen und hin und wieder auftretende Magenschmerzen, Erbrechen, besonders etwa in der Reaktionsperiode während der Tuberkulinkur. Hin und wieder kleine trockene Randpleuritiden in der rechten unteren Axillargegend.

Temperaturen anfangs subfebril, längere Zeit labil, unter Tuberkulin zuletzt dauernd afebril.

Blutbefund:

Datum	Leuko- zyten	Neutro- phile	Lympho- zyten	Eosino- phile	Übergangs- formen	Mast- zellen	
19. VI.	13200	49,5 %	39 %	5,5 %	6 %	—	Dr. Schulz
20. III., 12 Std. nach $1\frac{1}{2}/_{1000000}$ mg Tuberkulin	15800	58,5 „	36 „	1 „	4,5 „	—	Dr. Schulz
24. VI., 24 Std. nach $2/_{1000000}$ mg Tuberkulin	13300	56 „	33 „	5 „	6 „	—	Dr. Schulz
27. VI., 6 Std. nach $2/_{1000000}$ mg Tuberkulin	10200	43 „	47 „	3,5 „	6,5 „	—	Dr. Schulz
4. V. 11	10050	57,4 „	34,6 „	5,9 „	1,5 „	0,6 %	Dr. Schlan

Röntgenogramm (etwas verschwommen): Rechts deutliche Hilusschatten, mit eingestreuten Drüsenschatten, nach oben zu, davon ausgehend, deutlich ausgesprochene peribronchitische Schatten, die am stärksten in den paravertebralen Partien entwickelt sind¹⁾. In der rechten Spitze auf der Platte eine leichte, wolkige Trübung.

Rechtes Zwerchfell deutlich hochgezogen, darüber auch noch einige peribronchitische Zeichnungen angedeutet.

Links ist der Hilusschatten viel weniger ausgesprochen als rechts, es finden sich aber etwas grössere Drüsenschatten, davon ausgehend verdickte, peribronchitische Stränge in der oberen Hilusgegend und gegen den linken Pleurasinus ziehend; das Herz etwas nach links abgerutscht. Die linke Spitze selbst zeigt nur eine ganz gering ausgesprochene Trübung¹⁾.

¹⁾ In der Reproduktion wenig zur Geltung kommend.

Fall 4. Fräulein Z., 33 Jahre, Aussehen nicht ausgesprochen blass.

Aus der Anamnese: Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren Mattigkeitsgefühl, dabei subfebrile Temperaturen und trockener Husten. Im Anschluss an eine Influenza steigerten sich die Beschwerden. Seit 5 Jahren hartnäckige Obstination, Leib- und Kreuzschmerzen. Vor 4 Jahren Appendizitis. Eine Appendektomie brachte nur geringe und bald vorübergehende Besserung.

Mittelgrosse Drüsenschwellungen an beiden Halsseiten, links stärker ausgesprochen als rechts. Nicht druckempfindlich. Chronische Pharyngitis.

Lungenbefund (Schlussbefund):

Perkussion: R. V. O. minimale Schallverkürzung, ebenso im 1. I.C.R. neben Sternum.

R. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung, gegen Spina scapulae verschwindend (sonore Zone), dann gegen Mitte Scapulae nochmals geringe, kaum zwei Finger breite Schallverkürzung, etwa drei Finger hoch, paravertebreal.

L. V. O. über Klavikula und im 1. I.C.R. neben Sternum und aussem Schallverkürzung etwas deutlicher als rechts.

L. H. O. paravertebrale Schallverkürzung mit Resistenzvermehrung etwas stärker als rechts, gegen Spina scapulae heller, fast sonor (sonore Zone), gegen Mitte Scapulae wieder deutlicher, grösser als rechts, etwa 3 cm breit, perkussionsempfindlich. Gegen Angulus scapulae heller bis sonor. Unten neben Wirbelsäule geringe Schallverkürzung.

Unterer Lungenrand steht fast 1 cm höher als rechts. Linke Lungen spitze etwas tiefer stehend.

Auskultation: R. V. O. ziemlich rein, kaum vesiko-bronchial, im 1. I.C.R. neben Sternum Inspirium verschärft, im übrigen vesikulär, unten etwas abgeschwächt. Über dem Lungenrand, besonders in der unteren Axillargegend feine, leise, knarrende Geräusche.

R. H. O. unrein, vesiko-bronchial, gegen Spina scapulae mehr vesikulär, bei Mitte Scapulae, neben Wirbelsäule feines, fernes Keuchen beim Husten. Atmung noch wenig unrein, ganz unten neben Wirbelsäule etwas abgeschwächt, besonders in den vertebralen Partien.

L. V. O. unrein, vesiko-bronchial, abgeschwächt, im 1. I.C.R. neben Sternum mit verschärftem Inspirium, nach Husten feine, knarrende Geräusche, im übrigen Atmung vesikulär.

L. H. O. fast broncho-vesikulär, unrein, gegen Spina scapulae mehr vesikulär, ebenso in den äusseren Partien. Hier und da ein feiner, ferner Knacks beim Husten. Unterhalb Spina scapulae feines, fernes Keuchen, das bei Mitte Scapulae deutlicher wird. Einmal auch etwas fernes Piepsen; hier und da ein mittlerer fernklingender Knacks nach Husten. Ganz unten Atmung etwas abgeschwächt, nach aussen wieder lauter.

Kein Lungenauswurf.

Stimmfremitus im ganzen über der rechten Spitze, sowie den oberen paravertebralen resp. parasternalen Partien stärker als über den entsprechenden Partien links.

Bronchophonie links vorne oben nur wenig verstärkt, links hinten oben deutlich stärker als rechts hinten oben, über den mittleren paravertebralen Partien ausgesprochen hauchend.

Blutbefund:

Datum	Hämogl.	Leuko- zyten	Neutro- phile	Lympho- zyten	Eosino- phile	Übergangs- formen	Mast- zellen
14. III.	80 %	11200	58,8 %	34,6 %	0,6 %	5,6 %	0,4 %
15. III., 24 Std. nach $\frac{1}{2}/1000000$ mg Tuberkulin }	—	10200	58 „	37 „	2,5 „	2,5 „	—

Dr. Schulz.

Pirquet deutlich positiv bei Anwendung einer $2\frac{1}{2}\%$ igen Tuberkulinlösung. Temperatur behält im allgemeinen einen intermittierenden subfebrilen Charakter, insbesondere zeigen sich immer deutliche prämenstruelle Steigerungen.

Die oben erwähnten Verdauungsstörungen bleiben bestehen trotz aller daraufhin gerichteten Massnahmen. Am 19. XI. 1910 wird durch Professor Tavel in Bern eine Ileokolostomie vorgenommen zur Behebung der diagnostizierten Pericolitis adhaesiva.

Im ganzen werden daraufhin die Verdauungsstörungen wesentlich gebessert, hingegen sind im Anschluss an die Operation die Temperaturen wieder fast dauernd erhöht.

Auch eine zweite Tuberkulinkur vermag nicht die Temperatur zur Norm zu bringen.

Auf dem Röntgenogramm zeigen sich deutliche Hilusschatten, mit eingesprenkten Drüsenschatten, die besonders im rechten Hilus auf Verkalkung hinweisen dürften.

Vom Hilusschatten gehen beiderseits deutliche peribronchitische Stränge aus, die links etwas stärker entwickelt sind als rechts.

Beide Spitzen zeigen auf der Platte eine leichte Trübung, links auch stärker ausgesprochen als rechts. Ferner zeigen sich an beiden Zwerchfellhälften deutliche Buckel, links mehr als rechts, wohl bedingt durch pleuritische Verwachsungen.

Auffallend sind die ausgesprochenen Verknöcherungen der Rippenknorpel von oben bis unten.

Fall 5. Frau B., 21 Jahre.

Aus der Anamnese: Mit 10 Jahren starke adenoide Vegetationen im Rachen, die später operiert werden. Mit 17 Jahren rechtsseitige Pneumonie, seit Frühjahr 1911 häufig Erkältungen, Mattigkeit und labile, leicht subfebrile Temperaturen.

Auf beiden Halsseiten deutlich vergrösserte nicht druckempfindliche Drüsen.

Lungenstatus (Anfangsbefund):

Perkussion: R. V. O. über Klavikula Schallverkürzung, im 1. I.C.R. neben Sternum etwas deutlicher, im 2. I.C.R. noch mehr ausgesprochen, im 3. I.C.R. noch minimal. Unten geringe Schallverkürzung, schräg nach aussen verlaufend, gegen Axillargegend heller bis sonor.

R. H. O. deutliche paravertebrale Schallverkürzung, mit Resistenzvermehrung, grösser als vorn, gegen Spina scapulae heller (sonore Zone), gegen Mitte Scapulae wieder grösser, ausgesprochen paravertebral, nicht bis zum Schulterblattrand reichend. Unten noch geringe zwei Finger breite Schallverkürzung, nach aussen zu heller bis sonor.

Die Gegend bei Mitte Scapulae etwas druckempfindlich.

L. V. O. Schallverkürzung etwas deutlicher als rechts, im 1. und 2. I.C.R. minimal, kleiner als rechts.

L. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung, kleiner als rechts, gegen Spina scapulae heller (sonore Zone), bei Mitte Scapulae wieder geringe, kaum zwei Finger breite Schallverkürzung, gegen Angulus scapulae verschwindend.

Geringe Schallverkürzung über den Dornfortsätzen des 3. und 4. Rückenwirbels, nicht druckempfindlich.

Auskultation: R. V. O. vesiko-bronchial, nach Husten etwa ein feiner Knacks, im 1. I.C.R. neben Sternum mehr vesikulär, etwas unrein, mit scharfem Inspirium, im 2. I.C.R. neben Sternum desgleichen, im übrigen vesikulär, unten etwas abgeschwächt, unrein, über Lungenrand etwa ein feiner, leiser Knacks nach Husten.

R. H. O. unrein, gut vesiko-bronchial, bei und unterhalb Spina scapulae unrein, nach Husten etwa ein feiner Knacks, bei starkem Husten etwas Keuchen.

L. V. O. kaum vesiko-bronchial, etwas unrein, im 1. I.C.R. neben Sternum mehr vesikulär, mit scharfem Inspirium, Untere Axillargegend etwas abgeschwächt mit feinen knackenden Geräuschen.

L. H. O. vesiko-bronchial, lauter als rechts, unterhalb Spina scapulae mehr vesikulär, bei Mitte Scapulae noch etwas unrein, bei stärkerem Husten etwas fernes Keuchen.

Kein Lungen Sputum.

Pirquet bei 5% Tuberkulinlösung nach 24 Stunden positiv.

Blutbefund:

Datum	Hämogl.	Leuko-zyten	Neutro-phile	Lympho-zyten	Übergangs-formen	Eosino-phile	Mast-zellen	
11. VI.	77—78 %	8750	66 %	23,3 %	5,5 %	3,8 %	1,4 %	Dr. Schläu
22. VII., 24 Std. nach $\frac{3}{1000000}$ mg Tuberkulin	}	—	10000	63 „	32 „	3 „	2 „	Dr. Alexander.

Bemerkenswert ist, dass erst eine Lymphozytose nach Tuberkulin in der Reaktionsperiode auftritt.

Temperatur nach vierwöchentlicher Anwendung von Tuberkulin normal.

Röntgenogramm: Deutliche Hilusschatten mit eingestreuten Drüenschatten, rechts im ganzen stärker ausgesprochen als links. Ausgesprochene perlchnurförmige peribronchitische Schatten, die Perlen sind durch mittelgrosse Drüsen dargestellt.

Das rechte Zwerchfell etwas hochgezogen mit kleinen, durch pleuritische Adhärenzen bedingten Abknickungen.

Die rechte Spitze zeigt auf der Platte und auch bei Aufnahme mit Kompressionslinse eine deutliche Abschattung, die linke Spitze scheint weniger getrübt.

Die Trachea etwas nach rechts verzogen, rechte Lungenspitze etwas eingeeengt im Vergleich zur linken.

Fall 6. Schüler P., 9½ Jahre alt.

Aus der Anamnese: Vom zweiten Lebensjahre an Halsdrüsen und chronische Tonsillitis. Im August 1907 Influenzapneumonie in der vorderen Spitze des rechten Unterlappens; seither während mehrerer Monate Temperatur-

steigerungen, die unter Anwendung von Tuberkulin allmählich verschwinden. Immer mager; nervös.

Es bestanden schon früher geringe Schallverkürzungen über der rechten Spitze, sowie in den oberen parasternalen Partien bis 3. Rippe und paravertebralen Partien und über Manubrium sterni, am ausgesprochensten auf der Höhe der Mitte Scapulae, ohne deutliche sonore Zone. Deutlich broncho-vesikuläres Atmen und vermehrte Bronchophonie über den gedämpften Partien.

Auch hinterliess der bronchopneumonische Herd in der unteren Axillargegend eine kleine Schallverkürzung.

Pirquet, 1908 noch mit 25% Tuberkulin vorgenommen, stark positiv und eine fieberhafte Reaktion hervorrufend; jetzt auf 1% Tuberkulin stark positiv.

Letzter Lungenstatus:

Perkussion: R. V. O. geringe Schallverkürzung im 1. I.C.R. neben Sternum deutlicher, im 2. I.C.R. weniger ausgesprochen; geringe Schallverkürzung in der unteren Axillargegend.

R. H. O. geringe paravertebrale Schallverkürzung gegen Spina scapulae heller bis null (sonore Zone). Unter Spina scapulae schmale, paravertebrale deutliche Schallverkürzung, mit Resistenzvermehrung, gegen Angulus scapulae verschwindend.

Links nur ganz minimale paravertebrale Schallverkürzungen, etwa fünf-frankstückgross, auf der Höhe des 4. Brustwirbels.

Über den Dornfortsätzen des 3. und 4. Rückenwirbels geringe Schallverkürzung, aber keine Druckempfindlichkeit.

Dämpfung über Manubrium sterni verschwunden.

Auskultation: R. V. O. in der Spitze, im 1. I.C.R. neben Sternum unrein, vesiko-bronchial, im 2. I.C.R. wieder mehr vesikulär, über der unteren axillären Dämpfung noch etwas abgeschwächt, unrein.

R. H. O. auch etwas unrein, vesiko-bronchial, gegen Spina mehr vesikulär; auf der Höhe der Mitte Scapulae neben Wirbelsäule fast broncho-vesikulär.

Links überall vesikuläres, scharf pueriles Atmen, L. H. O. bei Mitte Scapulae neben Wirbelsäule auch fast vesiko-bronchiales Atmen.

Stimmfremitus nicht verstärkt.

Bronchophonie und Stimmfremitus im 1. I.C.R. neben Sternum etwas verstärkt, R. H. O. auf der Höhe von Mitte Scapulae grösser als links.

Kein Lungenauswurf.

Röntgenogramm: Rechts im Hilusschatten ist eine Reihe von grösseren, offenbar grossenteils verkalkten Drüsen eingestreut, von denen peribronchitische Stränge ausgehen. Auf der Platte sieht man auch kleine Trübungen rechts unten aussen, ebenso über der rechten Spitze; links ist der Hilusschatten wesentlich kleiner, es finden sich nur zwei deutliche, offenbar in der Hauptsache auch verkalkte Drüsen.

Blutbefund: 7. VI. 1911, 8 Uhr 30 Min. a. m.: Hämoglobin 82%; rote Blutkörperchen 5 124 000, weisse Blutkörperchen 10 080 im cmm. Davon unter 100: Neutrophile 53, Lymphozyten 41, Übergangsform 4, Eosinophile 1, Mastzellen 1. Sehr viel Blutplättchen. Dr. Alexander.

