

(Aus der Internen Abteilung [I. B.] des Staats-St.-Lazarus-Spitals in Krakau.
Primärarzt Dr. A. Krokiewicz.)

Zur Kasuistik der im Verlauf einer croupösen Pneumonie expektorierten Bronchialausgüsse.

Von

Dr. A. Krokiewicz.

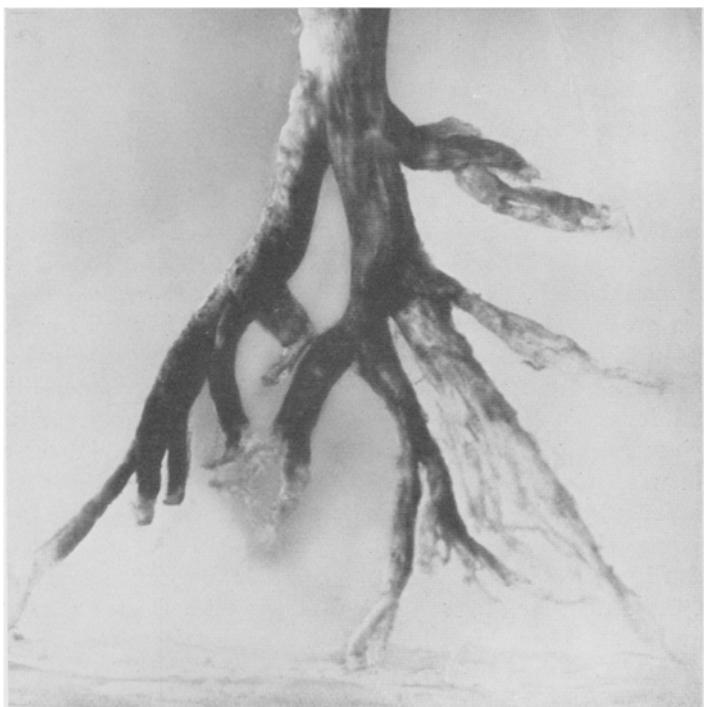
Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen 21. August 1925.)

Man trifft im Verlauf der croupösen Pneumonie fast regelmäßig in dem Auswurfe fibrinöse Bronchialgerinnsele an, welche aus feineren Bronchialenden herrühren. Schüttelt man grauweiße Klümpchen oder zusammengerollte Fäden im Wasser, so lösen sie sich in zylindrische und dichotomisch verästelte Gebilde auf, entsprechend der Verästelungsweise feinerer Bronchien. Die Bronchialgerinnsele gehören dem Hepatisationsstadium der Pneumonie an, erscheinen daher meist am 3. Krankheitstage und sind gewöhnlich am 7. Tag verschwunden; selten wurden sie am 14.—20. Tage gefunden. Sehr selten trifft man größere dichotomisch verästelte Fibringerinnsele im Auswurf, welche aus größeren Bronchien stammen. *Eichhorst* teilt aus seiner Klinik in Zürich eine Abbildung eines ungewöhnlich großen fibrinösen Bronchialgerinnsele aus dem Auswurfe bei genuinen fibrinösen Pneumonie (Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. VI. Auflage B. I. S. 583) mit.

Kaufmann (Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie für Studierende und Ärzte 1922 B. I. S. 263) gibt die Abbildung eines ebenso ungewöhnlich großen Bronchialgerinnsele bei essentieller plastischer Bronchitis (nach einer von Dr. *Lotz* erhaltenen Photographie) an. Seiner Behauptung nach ist primäre essentielle Bronchitis — auch fibrino-mucosa genannt — ätiologisch dunkel und selten. Sie kann akut auftreten, oder — was meist der Fall ist — einen chronischen jahrelangen Verlauf nehmen. Hierbei werden trübe, gelblichweiße, baumförmig verästelte Ausgüsse, nicht röhrenförmig, aber mit Luftblasen durchsetzt, in zusammengepreßter Form ausgeworfen; sie schwimmen im Wasser, bestehen entweder aus einem Filter von Fibrin — oder meistens aus Mucin — oder aus beiden.

Am 13. III. 1925 wurde auf die Innere Abteilung (I. B.) des Staats-St.-Lazarus-Spitals in Krakau ein Taglöhner H. J., 25 Jahre alt, wegen beiderseitigen croupösen Lungenentzündung mit hohem Fieber (40°), mit stark benommenem Sensorium, hochgradiger Cyanose und Dyspnöe und mit Herpes labialis aufgenommen. Am 5. Krankheitstage spuckte er im Anfalle von großer Dyspnöe und Husten einen ungewöhnlich großen, kompakten, vielfach dichotomisch verästelten Bronchialausguß, welcher an Ausmaßen alle bisher genannten übertraf; indem



seine Länge 12 cm und der Durchmesser des Hauptstamms ca. 10 mm betragen. (Siehe in natürlicher Größe beigeschlossene Photographie nach Härtung und Aufbewahrung in *Kaiselings-Flüssigkeit*.) Histologische Untersuchung, vorgenommen im anatomisch-pathologischen Institut der Jagellonischen Universität vom Assistenten Dr. A. Surzec ergab ein dichtes, fibrinöses Gefüge, dessen Maschen spärliche Leukozyten, Erythrocyten und Epithelien der Luftwege enthielten. Der Verlauf der Krankheit war überhaupt ein sehr schwerer. Der Kranke wurde aus dem Spitäle am 20. IV. ds. Jhs. vollkommen genesen entlassen.