V. Beitrag zur Bluterkrankheit.

Von Dr. Theodor Klein in Offenbach a. M.

Trotz der ziemlich umfangreichen Litteratur über Bluterkrankheit halte ich es doch gerechtfertigt, einen Fall, wie den folgenden, den ich seit ungefähr fünf Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, zu veröffentlichen. In den meisten Abhandlungen über Bluterkrankheit ist die Beschreibung der einzelnen Symptome, deren Bedeutung und Behandlung im Verhältniss zu den theoretischen Erörterungen über Aetiologie zu kurz gekommen. Dem Praktiker aber, der in der wenig erfreulichen Lage ist, einen Bluter oft Jahre lang behandeln zu müssen, dreht es sich vor allem um das „quid faciamus nos“? Wenn die folgende Krankengeschichte und einige daran geknüpfte Bemerkungen auch nur ein wenig zur Beantwortung der Frage beitragen, so ist der Zweck dieser Veröffentlichung erfüllt.

K. B., Architekt, ist 24 Jahre alt. Sein Vater starb vor zwei Jahren an einem Herzleiden. Seine Mutter war einige Jahre geisteskrank und starb 40jährig an Apoplexie; sie sowohl wie ihre drei Schwestern sollen beim geringsten Druck auf die Haut blaue Flecken gezeigt haben, sonst aber keinerlei Blutererscheinungen. Der erste Sohn der einen Schwester war Bluter und starb im 14. Jahre nach einer Knieoperation. Der erste Sohn der zweiten Schwester verblutete sich beim Zahnziehen im 7. Lebensjahre. Die dritte Schwester blieb ledig. Grosseltern mütterlicherseits starben angeblich an Cholera im Jahre 1866. Weiteres ist von der Familie der Mutter nicht zu erfahren. Ein Bruder des K. B. lebt, ist 22 Jahre alt und kein Bluter.

Er selbst sieht hochgradig anämisch aus, ist lang aufgeschossen und mager. Der Gesichtsausdruck ist der eines frühzeitig gealterten Menschen. Organerkrankungen, insbesondere Volumenveränderung der Milz, sind nicht nachweisbar. Er hat als Kind die Masern und im 12. Jahre Diphtherie durchgemacht. Die Bluteranlage wurde angeblich bei der ersten Impfung entdeckt. Im 1. Jahre entstand durch Fall auf den Kopf eine kolossale Kopfgeschwulst, welche unter gleichmässigem Druck durch eine dünne angepasste Kupferplatte und Eisumschläge allmählich zurückging. Im 6. Jahre entstand aus einer kleinen Zungenbisswunde eine starke, langandauernde Blutung, die endlich nach öfterem Brennen nachliess. Im 10. Jahre Fall auf die Nase, in Folge dessen starke Blutung aus Nase und Mund und unförmliches Unterlaufen des ganzen Gesichts. Im 14. Jahre trat eine starke Kniegeschwulst durch Stoss an eine Holzkaute auf; schon das Sitzen auf einem Stuhl mit scharfer Kante genügte, um an der gedrückten Stelle des Oberschenkels Schwellungen zu erzeugen. Die oberflächlichen Blutungen unter die Haut waren bis zu dieser Zeit sehr häufig und stark. Viele Schmerzen aber hatten sie nicht verursacht, und die Schwellungen gingen bei Hochlagerung und Bettruhe nach einigen Tagen schon zurück. Mit dem 16. Lebensjahre wurden die Erscheinungen nach Angabe des B. wesentlich andere. Die sichtbaren Blutungen resp. Schwellungen wurden weniger, dafür aber traten heftige Schmerzen besonders in den Gelenken auf, welche „rheumatischen ähnlich“ waren. Der geringste Druck oder Stoss verursachte tagelang Schmerzen. Seit seinem 19. Jahre kenne ich den B. persönlich, und zwar wurde ich damals wegen einer starken, nach einer Radfahrttour plötzlich aufgetretenen Knieschwellung, in Folge Gelenkblutung, zu Rathe gezogen. Gleichzeitig bestand eine Ellbogengelenkblutung. Beide Schwellungen gingen nach einiger Zeit völlig zurück unter gleichmässiger Compression. Kleine Verletzungen mit starken Blutverlusten kamen häufiger vor.

Ich verlor den Patienten ungefähr ein Jahr aus dem Auge, da derselbe von seinem Kassenarzte behandelt wurde. Da kam er eines Tages zu mir in die Sprechstunde, und ich fand in beiden Inguinalgegenden fast kindskopfgrosse, hart sich anfühlende Tumoren, die sich angeblich im Laufe der letzten Monate ohne nachweisbare Ursachen entwickelt hatten. Das Gehen war erschwert und schmerzhaft.

Nach der Anamnese — nicht nach Aussehen und Härte — stellte ich die Diagnose: „Blutergüsse“. Er sollte nach seiner Angabe an einem der nächsten Tage von einem auswärtigen Chirurgen operirt werden, wollte mich zuvor jedoch um meine Meinung fragen. Offenbar hatte, wenn die Sache sich wirklich so verhält, der messerfreudige Herr College keine Zeit geliebt, die Anamnese genau aufzunehmen, sonst hätte die Diagnose wahrscheinlich anders gelautet als „Chondrome des Femur“. Er ging nun auf meinen Rath einige Zeit nach Nauheim. Im Laufe der letzten zwei Jahre haben sich die Tumoren, besonders der linke, bedeutend verkleinert; der rechte ist noch deutlich sicht- und fühlbar. Der Gang besserte sich jetzt bedeutend.

Vor ungefähr 1½ Jahren machte mir B. viele Sorgen. Er hatte einen stark cariösen Backzahn, der ihm heftige Schmerzen verursachte; das überwucherte Zahnfleisch blutete sehr häufig. Eine Zeit lang war die Blutung durch Ausbrennen der Granulationen zu stillen, doch bald half auch das nicht mehr, und das Blut sickerte fast immerzu aus dem

umgebenden Zahnfleisch. An irgend einen Druckverband war nicht zu denken, da sich eine Periostitis mit hochgradiger Zahnfleischschwellung und Eiterbildung dazu gesellte. B. kam nach einigen Wochen, trotz Anwendung aller Mittel, durch Schmerzen und die fortwährenden kleinen Blutverluste so herunter, dass ich seiner dringenden Bitte, den Zahn ziehen zu lassen, nachgab, umso mehr, da er mir erklärte, er lasse sich sonst irgendwo den Zahn ziehen, ohne zu sagen, dass er Bluter sei; er halte das Leben so nicht mehr aus. Das wirkte, und ich bat einen hiesigen Zahnarzt, in meiner Gegenwart in dem hiesigen Schwesternhaus die Extraction vorzunehmen. Wir hatten alles für eine starke Blutung gerichtet und waren sehr erstaunt, dass es nach der Entfernung des Zahnes fast gar nicht blutete. Wir warteten noch eine halbe Stunde und gingen, angenehm enttäuscht, nach Hause. Nach drei Stunden aber wurde ich gerufen, da plötzlich eine starke Blutung eintrat. Trotz aller angewandten Mittel — dauernder Compression mit eingedrückten Wappropfen, Eis, Hochlagerung des Kopfes, Ableitung auf Füsse und Darm, Ergotin und Styptica — wollte sich dieselbe nicht stillen. Endlich nach zwei bangen Tagen hörte sie auf, wohl mehr in Folge der hochgradigen Blutleere, als der angewandten Mittel.

Es ist geradezu erstaunlich, was der Organismus in dieser Beziehung aushält; offenbar ist er bei Blutern noch ganz besonders auf grosse Blutverluste eingerichtet. In relativ kurzer Zeit erholte sich B. wieder.

Zwei Jahre hintereinander, im October 1897 und 1898 trat mehrere Tage lang Blut im Urin auf und klagte B. über Schmerzen in der Richtung des linken Uterus (wohl Nierenblutung). Bei einigen Tagen Bettruhe und Diät verschwand das Blut wieder aus dem Urin.

Im Herbste vorigen und im Frühjahr dieses Jahres traten angeblich ohne besondere Ursachen starke schmerzhaftige Schwellungen an der Vorder- und Medianseite des linken Oberschenkels, in dessen oberem und mittlerem Drittel auf. Fluctuation war nicht zu fühlen. Die Schwellung ging nach Wochen zurück und hinterliess harte, zum Theil spitze, zum Theil scharfkantige, wie Exostosen sich ausnehmende, nicht verschiebbliche Prominenzien.

Vor vier Wochen trat nach einer mehrstündigen Eisenbahnfahrt eine starke Schwellung am linken Oberschenkel auf, welche dessen mittleres Drittel ganz einnimmt und Fluctuation zeigt. Im Röntgenbilde sieht man deutlich neben dem Femur, aber meist durch hellere Stellen von ihm getrennt, also wohl hauptsächlich in der Muskelsubstanz liegend, die Schatten der eingedickten und verhärteten Blutmassen (Ossificationsprocess?), die Reste der Blutungen im Herbste 1898 und Frühjahr 1899.

Von den früheren ziemlich erheblichen Gelenkblutungen des linken Knies und des rechten Ellenbogens ist nichts mehr zu bemerken und blieb die Function der Gelenke vollständig erhalten. Es ist dies vielleicht für manchen, der Gelenkblutungen zum ersten Male in diesem Umfange sieht, in Bezug auf Prognose und Therapie nicht unwichtig.

Ausser ein bis zwei Wochen Bettruhe wurde bei Kniegelenkblutungen ein feuchter und später trockener Compressionsverband angewendet. Die Frage, wie lange man einen Bluter bei Gelenkblutungen der unteren Extremitäten, insbesondere des Knies, strenge Bettruhe anempfehlen soll, möchte ich nach meiner Erfahrung dahin beantworten, dass man, wenn entzündliche Erscheinungen fehlen, schon nach 8—14 Tagen mit gutsitzender Compressionsbinde oder Gelenkstrumpf vorsichtig das Aufstehen und Umhergehen versuchen lassen kann. Die Resorption geht dann jedenfalls rascher vor sich.

Da, wie wir gesehen haben, selbst die grossen Blutergüsse in die Muskelsubstanz, resp. unter die Haut — wenn auch sehr langsam, — sich bedeutend verkleinern, ja fast ganz verschwinden können, so soll zu einem operativen Eingriff, selbst bei auf Monate hervorgerufener Functionsstörung der Extremitäten wegen der damit verbundenen grossen Lebensgefahr bei Blutern nicht geschritten werden, es sei denn, dass Verjauchung der Masse dies unbedingt nöthig macht. Jedenfalls aber soll man selbst bei harten Geschwülsten, welche als Chondrome, Osteome u. s. w. imponiren können, immer bei der Differentialdiagnose an die Möglichkeit einer Blutgeschwulst denken, um unangenehme Folgen zu vermeiden, wie sie schon öfter vorgekommen sein sollen.

Verantwortungsvoll und nur im Einzelfalle zu beantworten ist die Frage, ob man bei einem Bluter eine Zahnextraction vornehmen soll. Mit Recht wird immer davor gewarnt; in der Praxis giebt es aber Fälle, wo man sich gezwungen sieht, „ja“ zu sagen, wie in dem vorliegenden. Die fortwährenden Blutungen, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Unvermögen zu essen bei der hochgradigen Periostitis hatten den B. bis aufs äusserste heruntergebracht, sodass ohne Extraction ein schlimmer Ausgang zu befürchten war. Diese Ueberlegung und die verzweifelte Drohung des armen Teufels bestimmten mich, der Extraction zuzustimmen, jedoch erst, nachdem ich ihm und seinen Verwandten die Gefahr derselben nochmals deutlich klargelegt hatte.

Dass der Ausgang ein glücklicher war, trotz zweitägiger starker Blutung, haben wir gesehen; wenn auch unsere Mittel (vor allem die Compression) die Blutung nicht direkt gestillt haben, jedenfalls haben sie den Zweck erfüllt, den Abfluss des Blutes zu verlangsamen und die Blutmengenverminderung im Kreislauf nicht zu schnell eintreten zu lassen, und das ist sehr wichtig. Aber ferner haben wir dabei erfahren,

dass auch bei Blutern nicht immer die Blutung sofort nach dem Eingriffe oder der Verletzung eintritt. Man muss deshalb die nächsten Stunden und Tage den Patienten im Auge behalten, da jede Minute die Blutung kommen, resp. wiederkommen kann, besonders im Mund durch Zungen- oder Kaubewegung.

Erwähnt sei auch, dass in letzter Zeit von Zahnärzten bei starken Blutungen „Stypticin“ mit Erfolg angewendet worden sein soll. Ich habe keine Erfahrung darüber. Zweckmässig wird es auch sein, die ersten Tage nach der Extraction auf die Ernährung per Os möglichst zu verzichten und ernährnde Klysmen zu geben.

Wie von den meisten Autoren angegeben, finden wir auch in unserem Falle, dass im Frühjahr und Herbste die Hauptblutungen stattfinden, es wäre demnach besonders um diese Zeiten den Blutern Vorsicht anzurufen und unnötige Reisen und Anstrengungen zu verbieten. Für sehr wesentlich in therapeutischer und prophylaktischer Hinsicht halte ich eine möglichstste Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr als Entlastung der Kreislauforgane, und wäre besonders in der Blutersaison (Herbst und Frühjahr) eine streng durchgeführte Trocken-diät am Platze. Das oft als Panacee angepriesene Glaubersalz wirkt jedenfalls auch nur durch Flüssigkeitsentziehung in den Darm. Selbstverständlich ist eine Vermeidung erregender Stoffe, wie Alkohol, Kaffee u. s. w. geboten.

Von lokalen Blutstillungsmitteln, z. B. bei Verletzungen, gebührt meiner Erfahrung nach der Dauercompression der Vorrang. Alle Mittel, welche eine Schorfbildung bezwecken, sind deshalb weniger am Platze, weil es nach Abstossung derselben leicht wieder blutet und ausserdem, wie bei Eisenchloridanwendung die Uebersicht der blutenden Stelle erschwert wird.

Die vielen andern mehr oder minder wirksamen Mittel übergehe ich hier: nur sei noch erwähnt, dass ein College¹⁾ in einem Falle bei einer stark blutenden Schläfenwunde, nach fruchtloser Anwendung der verschiedensten Mittel, eine rasche Blutstillung, resp. Gerinnung dadurch erzielte, dass er Blut eines gesunden Menschen in die Wunde einspritzte.

F. Krause behandelte kürzlich, ermutigt durch die günstige Einwirkung bei Aortenaneurysma, einen 15jährigen Bluter durch Einspritzung einer 1—2½%igen Gelatinekoehsalzlösung, theils subcutan, theils in das blutende Gelenk selbst und war mit dem Erfolge sehr zufrieden. (Münchener medicinische Wochenschrift No 47, S. 1578.)²⁾

Hiermit will ich diese kleine Abhandlung beschliessen, vielleicht kann ich in späteren Jahren über das fernere Schicksal unseres Bluters berichten.