

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1930**

17 (15.9.1930) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen  
aus und für Baden

# WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

## zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1930 Nr. 17

### Bisherige und künftige „Planwirtschaft“<sup>\*)</sup>

Von Dr. rer. pol. Hadrich, Leipzig.

(Schluss.)

Wir halten die Frage einer planmäßigen Verteilung für kein unlösbares Problem. Ebenso ist eine Uebereinstimmung des Bedarfs der Krankenanstalten und der Zahl der freipraktizierenden Aerzte sowie der Zahl der Medizinstudierenden mit dem Bedarf der freien Praxis grundsätzlich zu erzielen. Allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen, und zwar unter der Voraussetzung, daß

1. die Versicherungsgrenze nicht erhöht wird,
2. die Fürsorgetätigkeit beschränkt bleibt auf die Beratung,
3. die Zahl der Krankenanstalten nicht wesentlich vermehrt wird.

Eine Besserung der Arbeitsmarktverhältnisse könnte eintreten durch

1. eine energische Bekämpfung der Kurpfuscherei,
2. Beseitigung der Bezuschussung der öffentlichen Krankenanstalten,
3. Hebung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage, ohne daß dieser Vorteil durch eine Erweiterung der Versicherungsgrenze wieder zunichte gemacht wird.

Die aufgeworfenen Probleme sind vor allen Dingen dann lösbar, wenn das seelische Verhältnis der alten zu den jungen Aerzten das richtige ist; wenn, anders ausgedrückt, der ältere Arzt bereit ist, den jungen neben sich zu dulden und der junge Arzt sich bereifindet, für etwaige Schäden, die dem älteren entstehen, in kollegialer Weise aufzukommen. Wie notwendig gerade diese Einstellung in der heutigen Zeit ist, zeigt folgender Bericht über eine Kundgebung des Deutschen Gewerkschaftsbundes, den die Zeitschrift des Gewerkvereins christlicher Bergarbeiter bringt. Dort hat Ministerialdirektor Dr. Grieser ausgeführt, daß in der Krankenversicherung die erhöhten Ausgaben wesentlich zurückzuführen seien auf die gestiegenen Arzt- und Krankenhauskosten. „Im Jahre 1913 hatten wir in Deutschland 33 000 Aerzte, im Jahre 1929 aber 45 000. Wir hätten 21 Millionen gegen Krankheit Versicherte, es genüge auf 1000 Versicherte ein Arzt. Heute seien aber die Verhältnisse wesentlich anders. Zur Reform des Arzt- und Krankenhauswesens würde demnächst eine amtliche Statistik erscheinen, woraus die notwendigen Schlußfolgerungen gezogen werden könnten.“

An dieser Stelle eine kleine Zwischenbemerkung. Die Arbeitslosenversicherung, die die Nebenwirkung hat, daß die Gewerkschaften den relativen hohen Lohnsatz aufrechterhalten können, rechnet im Jahresdurchschnitt mit 1,5 Millionen Unterstützungsempfängern.

<sup>\*)</sup> Referat, gehalten auf dem bad. Aerztetag am 18. Mai 1930 in Baden-Baden.

Das sind 6—7 Proz. der Arbeitnehmerschaft. Von der freipraktizierenden Aerzteschaft sind infolge der Nichtzulassung von 3500 Aerzten ständig 10 Proz. arbeitslos. Während für die Arbeiter allgemeine Steuermittel in erheblichem Umfange herangezogen werden, daß sogar die staatlichen Finanzen in Unordnung geraten, geht man über die vom Staate verursachte Arbeitslosigkeit der jungen Aerzte mit einem Achselzucken hinweg.

Aber fahren wir fort in der interessanten Lektüre des Essener Sitzungsberichtes. Dort ließ sich der Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes und Reichstagsabgeordnete Heinrich Imbusch folgendermaßen vernehmen:

„Weiter hat Ministerialdirektor Dr. Grieser in zarter Weise darauf hingewiesen, daß die Aerzteversorgung innerhalb der Krankenversicherung in etwas sehr weitgehendem Maße an der Erhöhung der Ausgaben schuld ist. Ich bin der Auffassung, daß wir auf diesem Gebiet in absehbarer Zeit zu einer Neuregelung kommen müssen, daß wir den Mut haben müssen, auch hier ganz energisch anzupacken, wenn wir nicht die ganze Krankenversicherung gefährden wollen. Wir müssen ohne Verschlechterung der Fürsorge für die Kranken in dieser Hinsicht zu ganz anderen Verhältnissen kommen. So wie bisher geht die Geschichte nicht weiter. Wenn die Entwicklung so weiter geht wie in den letzten Jahren, dann wird gerade an dieser Ecke unsere ganze Sozialversicherung ausgehöhlt und erledigt. Ich möchte dringend warnen und bitten, daß die Reichsregierung sich dieser Frage jetzt einmal annimmt. Ich weiß, es ist heißes Eisen, aber wir müssen den Mut hierbei aufbringen, und, wenn notwendig, werden unsere Metallarbeiter die notwendigen Zangen liefern.“

Das ist der Geist vom Jahre 1923, der wieder über der Aerzteschaft schwebt und der einen festen Abwehrwillen und eine geschlossene Organisation verlangt. Herr Ministerialdirektor Grieser stellte seinen Ausführungen voran den Satz: „Wir wollen zusammenstehen und zusammen schaffen.“ Das scheint uns eine gute Parole für die künftige Zusammenarbeit von alten und jungen Aerzten zu sein: Wir wollen zusammenstehen und zusammen schaffen!

### Einteilung und Benennung der Gelenkveränderungen.

Von Dr. Wilhelm Neumann, Baden-Baden.

Vortrag auf dem Fortbildungskurse der Mittelbadischen Aerzte  
15. Juni 1930.

Es ist noch nicht lange her, daß der praktische Arzt die meisten Erkrankungen der Gelenke als rheumatisch bezeichnete. Irgendwelche Differenzierungen auf dem Gebiete derjenigen Beschwerden und Leiden, die in den Gelenken lokalisiert sind, gab es so gut wie gar nicht. Das ätiologische Bedürfnis war ge-

ring, und die therapeutischen Bestrebungen entsprachen durchaus der Undifferenziertheit auf diagnostischem Gebiete. Erst seit wenigen Jahrzehnten hat man angefangen, Verschiedenheiten in den pathologischen Vorgängen im Gelenk allgemein zu sehen, und es wurde den meisten allmählich klar, daß die Endzustände von Gelenkveränderungen, die sich vielfach ähneln, unmöglich über das Wesen der Erkrankung Genaueres aussagen konnten. Der Name Gelenkrheumatismus ist mehr und mehr eingeschränkt worden, und es wäre an der Zeit, daß er überhaupt bald nur für eine ganz bestimmte Krankheitsform der Gelenke angewendet wird.

Heute wird von jedem Arzte gefordert, daß er die Veränderungen in den Gelenken gemäß ihrer Aetiologie und Entwicklung betrachtet und daß er danach eine sinngemäße Behandlung, Prognose und Prophylaxe einzurichten vermag.

Wir wollen die Gelenkerkrankungen nicht morphologisch, sondern ätiologisch verstehen lernen. Ich bitte, die Wichtigkeit dieses Satzes für die Einteilung und die Benennung der Gelenkerkrankungen wohl zu beachten. Denn es sind viele Einteilungen versucht worden. Aber sie bezogen sich meistens auf die anatomischen Bilder vorgeschrittener, wenn nicht sogar terminaler Zustände. Ueber die Aetiologie sagten sie nichts aus.

Je mehr Einteilungsprinzipien einer Gruppe von Krankheiten zugrunde gelegt werden, umso mehr Namengebungen finden wir für die einzelnen Krankheiten, und so kommt es, daß auf kaum einem anderen Gebiete der Pathologie so viele Namen bestehen wie bei den chronischen Gelenkerkrankungen. Und fast selbstverständlich steht die Fülle der Namen in Widerspruch zu unserem tatsächlichen Wissen auf diesem noch ziemlich umstrittenen Gebiete. Dadurch ist es teilweise zu einer großen Verwirrung gekommen. Vielfach wird die gleiche Krankheit mit mehreren verschiedenen Namen benannt, während auf der anderen Seite ein und derselbe Name dazu dient, ganz verschiedene Krankheitsgeschehen zu bezeichnen.

Eine große Rolle für die Einteilung und Benennung der Gelenkerkrankungen spielt das Röntgenverfahren. Wenn auch die Bedeutung des Röntgenbildes beschränkt ist dadurch, daß es nur ein im Augenblicke der Aufnahme herrschendes Zustandsbild der Erkrankung wiedergibt, so sind wir heute doch in der Lage, mit Hilfe der Anamnese und unserer anatomisch-pathologischen Vorstellungen aus dem Röntgenbilde heraus mehr als nur ein Zustandsbild zu lesen, so wie der pathologische Anatom bei der Autopsie mehr als nur eine Beschreibung des nach dem Tode herrschenden Zustandes der Organe gibt.

Das Röntgenbild ist gleichsam eine Autopsie am lebenden Gelenk, die man zu jeder Zeit wieder vornehmen kann und die gerade durch die u. U. häufigen Wiederholungen uns über den Verlauf der pathologischen Veränderungen ein klares Bild zu geben vermag. Für den Praktiker ist die Röntgenuntersuchung der Gelenke zweifellos das bequemste Hilfsmittel für die Diagnose und die Beurteilung des vorliegenden Krankheitsbildes.

Lassen Sie mich nun jene Prinzipien erörtern, die für die Einteilung der Gelenkerkrankungen maßgebend sind. Wir werden sogleich sehen, daß ein einheitliches

Schema, in das die Fülle der verschiedenen Erkrankungen der Gelenke hineingezwängt werden kann, nicht aufzustellen ist. Vielmehr wird die Kasuistik für unsere Betrachtung eine fast noch größere Rolle spielen als die schematisierende Einteilung.

Man hat versucht, die Gelenkerkrankungen nach anatomischen Gesichtspunkten zu ordnen. Dieser Versuch hat zu keinem Erfolge geführt. Es entstand eine Menge von neuen Namen, die sich trotz des Einsetzens bekannter Autoritäten nicht haben einbürgern können. Der pathologische Anatom hat es bisher nicht vermocht, in die Gelenkerkrankungen das gleiche Licht zu werfen, wie er es z. B. bei der Klassifizierung der tuberkulösen Lungenerkrankungen getan hat. Das kommt zum Teil auch daher, daß sehr viele Gelenkerkrankungen nicht zur Sektion gelangen.

Es ist fernerhin versucht worden, die Gelenkerkrankungen in entzündliche und nichtentzündliche einzuteilen. Auch dieses Einteilungsprinzip kann nicht befriedigen, da bei einzelnen Veränderungen der Gelenke entzündliche Reaktionen neben nicht entzündlichen bestehen. Außerdem kann eine Gelenkerkrankung, die heute mit Entzündungsvorgängen verknüpft ist, morgen ohne jede Entzündung sich darstellen. Dadurch werden die Uebergänge bei einer Einteilung, in der die Entzündung zum ordnenden Prinzip wird, derart häufig, daß die Verwirrung nur noch größer werden kann.

Ich will von der Erwähnung weiterer Einteilungsprinzipien absehen und Ihnen heute eine Darstellung der Gelenkerkrankungen geben, die das ätiologische Bedürfnis m. E. am meisten befriedigt, weil sie die Gelenkveränderungen in zwei verschiedene Abschnitte einteilt, nämlich in die infektiösen und in die nicht-infektiösen Erkrankungen. Wir werden uns bemühen, diejenigen Gelenkveränderungen, die durch Bakterien verursacht worden sind, einfach zu trennen von denjenigen Erkrankungen der Gelenke, bei denen Bakterien weder direkt noch durch ihre Toxine eine Rolle spielen.

Daß es auch hier Formen gibt, die in unser Schema nicht hineinpassen, braucht nicht zu verwundern, abgesehen von den Mischformen, bei denen beispielsweise eine infektiöse Erkrankung des Kniegelenkes während des Klimakteriums durch innersekretorische Beeinflussung noch einen besonderen Verlauf nimmt. Wir wissen auch nicht genau, ob wir die tabische Arthropathie als eine Manifestation der Lues oder als eine Trophoneurose ansprechen sollen, die mit der eigentlichen Infektion nur noch indirekt zu tun hat.

Aber derartige Uebergänge können die Klarheit unseres Einteilungsprinzipes in bakterielle und nicht-bakterielle Erkrankungen nicht trüben. Denn wir sind uns jederzeit der Schwierigkeiten einer erschöpfenden Klassifizierung bewußt. Wichtig ist aber Folgendes: neue Namen dürfen wir nicht erfinden. Wir müssen uns mit den eingebürgerten Namen begnügen und müssen nur genau wissen, was dieser oder jener Name bedeutet und wohin wir ihn in unserem System zu stellen haben. Wir wollen auf Grund der uns allen geläufigen Bezeichnungen eine Einteilung schaffen, bei der wir uns bemühen werden, den Inhalt der einzelnen Benennungen der Gelenkleiden möglichst klar darzulegen. Der praktische Arzt braucht einfache Namen und Einteilungen, die die Aetiologie, den Ver-

lauf, die Ausbreitung im Körper und die Therapie zugleich berücksichtigen.

So kommt es, daß wir auf die Bezeichnung Arthritis nicht verzichten werden, auch wenn wir uns bewußt sind, daß die Endung „itis“ nicht immer am Platze ist. Der Begriff der Entzündung ist heute noch nicht eindeutig festgelegt. Wir wissen aber, daß alle möglichen Schädigungen nicht bakterieller Art, wie z.B. Ablagerungen von Salzen oder Blutergüsse, Verletzungen und Ähnliches, Reize im Sinne einer aseptischen Entzündung ausüben können, sodaß die Bezeichnung Arthritis uns durchaus berechtigt erscheint. Natürlich darf man bei einer solchen Auffassung der Entzündung nicht nach der Beteiligung der Leukozyten fragen.

Es haben sich weder die Worte Arthrose, noch Arthronose, noch Arthropathie in der Praxis allgemein einbürgern können, während Arthritis, Spodylitis oder Gelenkrheumatismus weiterhin gebraucht werden. Falsche Namengebungen sind in der Medizin nicht selten. Ich erinnere nur an das Gebiet der Nierenkrankheiten und der tuberkulösen Lungenerkrankungen. Dennoch ist der Versuch, die alten falschen Namen durch neue richtige zu ersetzen, in den meisten Fällen gescheitert.

Ich will mich nunmehr bemühen, in der durch die Zeit gebotenen Kürze die hauptsächlichsten Erkrankungen der Gelenke Ihnen vorzuführen, und ich will mit den infektiösen, d.h. durch Bakterien oder deren Toxine verursachten Gelenkerkrankungen beginnen. Es bleibt nichts anderes übrig, als die wichtigsten und am häufigsten vorkommenden Infektionen der Gelenke der Reihe nach anzuführen.

Zuerst aber noch einige allgemeine Bemerkungen über die infektiösen Gelenkerkrankungen. Sie kennzeichnen sich dadurch, daß auf den Reiz des infizierenden Stoffes die Synovialis primär sich entzündet. Nimmt die Entzündung stärkere Grade an, so scheidet sich ein fibrinreiches Exsudat in die Gelenkhöhle ab. Ist die Reaktion weniger stark, so kommt es auch zu einer geringfügigeren oder überhaupt zu keiner Exsudation. Der Knorpel im Gelenk wird sekundär affiziert, und zwar entweder durch die Giftstoffe, die durch die Infektion gebildet werden, oder durch Bindegewebswucherungen, die von der erkrankten Synovialis her den Knorpel angreifen. Es kann zum völligen Schwund des Knorpels kommen; dann wuchert das Bindegewebe in den Gelenkspalt, und es entwickelt sich eine bindegewebige Ankylose, die später sogar knöchern werden kann. Aber auch der Knochen kann angegriffen werden. Es entstehen Auszackungen und Vertiefungen, die zu charakteristischen Bildern führen. Im weiteren Verlaufe verwandelt sich das von der Kapsel ausgehende jugendliche Bindegewebe in ein derberes Narbengewebe, es kommt zur Schrumpfung der Gelenkkapsel. Dadurch werden die gegenüberliegenden Gelenkflächen näher zueinandergezogen und allmählich plattgedrückt; an ihren Enden wulsten sie sich vor.

Da der Schrumpfungsprozeß in den verschiedenen Teilen der Gelenkkapsel nicht gleichmäßig vor sich geht, ergeben sich schließlich Deviationen der benachbarten Knochen. Es entstehen Stellungsanomalien, die sich vorwiegend an den Fingern und an den Zehen in stärkerem Grade offenbaren. Die befallenen Gelenke werden, wie man das bei dem später noch zu er-

örternden primären chronischen Gelenkrheumatismus besonders deutlich sieht, erheblich deformiert. So kommt es, daß derartige entzündliche Erkrankungen vielfach mit dem Namen Arthritis deformans belegt worden sind. In Wirklichkeit handelt es sich aber hier nicht um eine deformierende Arthritis im klassischen Sinne, sondern mehr um Stellungsanomalien, die — wie gesagt — durch die Schrumpfung der Kapsel hervorgerufen werden.

Die Einteilung oder vielmehr Aufzählung der infektiösen Gelenkerkrankungen ersehen Sie aus dem folgenden Schema:

1. Polyarthritiden acuta.
2. Sekundärer chronischer Gelenkrheumatismus.
3. Primärer chron. destruierender Gelenkrheumatismus.
4. Pyämische Gelenkmetastasen.
5. Gelenktuberkulose.  
Poncet'scher Rheumatismus tuberculosus.
6. Arthritis luetica.
7. Arthritis gonorrhoeica.
8. Arthritis nach Darminfektionen.  
Ruhr, Coliinfektion, Typhus, Paratyphus, Icterus katarrhalis usw.
9. Arthritis nach anderen Infektionskrankheiten.  
Scharlach, Masern, Variola, Varizellen, Erysipel, Keuchhusten, Malaria, Pneumonie, Grippe, Arthritis urethritica.

Im einzelnen ist zu diesem Schema folgendes zu bemerken: Die bekannteste der infektiösen Gelenkerkrankungen ist der akute Gelenkrheumatismus, die Polyarthritiden rheumatica acuta. Sie ist Ihnen als Krankheitsbild so sehr geläufig, daß ich kaum darüber zu sprechen brauche. Schmerzen, Schwellung und Rötung der Gelenke, hohes Fieber und Schweiß, die günstige Wirkung der Salizylpräparate, die Neigung zum Ueberspringen von einem Gelenke zum anderen kennzeichnen sie. Der Röntgenbefund ist, wenigstens in den Anfangsstadien, meistens negativ. Die Erkrankung bringt häufig Komplikationen von seiten des Herzens und manchmal auch der Regenbogenhaut mit sich. Sie tritt nicht selten als Folge einer Angina auf. Vollkommene Wiederherstellung wird häufig beobachtet.

In nicht wenigen Fällen allerdings führt die Polyarthritiden acuta zu einem Gelenkleiden, das als sekundärer chronischer Gelenkrheumatismus bezeichnet wird. Diese Polyarthritiden chronica, die sich in allen Gelenken vorfinden kann, ist ihrer Aetiologie nach klar. Da nach der Angabe der meisten Autoren der akute Gelenkrheumatismus von Streptokokken hervorgerufen wird, muß selbstverständlicherweise auch für die sekundäre Polyarthritiden der Streptokokkus als häufigster Erreger angesehen werden.

Im Röntgenbilde ist die Krankheit gekennzeichnet vor allen Dingen, durch die starke Atrophie der Gelenkkörper, fernerhin durch die Neigung zu Exsudaten und zu Ankylosen, sowie durch die Schrumpfung der Synovia. Die Basen der Phalangen sind verbreitert und quellen an den Rändern über. Infolge der Atrophie erscheinen die Knochenkonturen wie mit einem Bleistifte ausgezogen. Die Morphologie dieser Erkrankung ist so mannigfaltig, daß es kaum möglich ist, ein einheitliches Bild zu schildern. Von außen her fallen die Schwellung und die Deviation der Gelenke auf.

Während beim sekundären chronischen Gelenkrheumatismus die Aetiologie verhältnismäßig klar ist und differentialdiagnostische Schwierigkeiten nur dann entstehen, wenn die anamnestischen Angaben im Stiche lassen oder wenn es zu Komplikationen mit anderen Gelenkveränderungen kommt, ist die Diagnose einer weiteren sogenannten rheumatischen Gelenkerkrankung nicht immer einfach. Es handelt sich um den primären chronischen destruierenden Gelenkrheumatismus. Diese Krankheit, die mit der Gliedersucht der alten Autoren identisch zu sein scheint, ist unter sehr vielen Namen bekannt. Die Engländer nennen sie Rheumatoide Arthritis, ferner heißt sie Arthritis nodosa, Arthritis arthropicans, Periarthritis destruens und anderes mehr. Wir wollen hier die am meisten eingebürgerte Bezeichnung des primären chronischen destruierenden Gelenkrheumatismus beibehalten. Diese Erkrankung kann gegen den akuten Gelenkrheumatismus verhältnismäßig leicht abgegrenzt werden, und es ist aus therapeutischen und prognostischen Gründen nötig, eine solche Abgrenzung durchzuführen. Im Gegensatz zum akuten Gelenkrheumatismus verläuft der primäre chronische Gelenkrheumatismus meist fieberlos oder wenigstens nur mit geringfügigen Fieberschüben. Der Beginn ist schleichend, fast unbemerkt. Herzkomplicationen sind bei dieser Erkrankung selten. Auch Iritis wird so gut wie nie beobachtet. Während beim akuten Gelenkrheumatismus die befallenen Gelenke nicht nur geschwollen, sondern auch gerötet erscheinen, sind sie beim primären chronischen Gelenkrheumatismus eher blaß. Die Prognose ist ungünstig, Heilungen kommen so gut wie nicht vor. Die Salizylpräparate sind ohne Wirkung auf die Erkrankung. Das mittlere und das späte Lebensalter werden von dem Leiden bevorzugt.

Man nennt oder nannte diese Erkrankung auch die *Arthritis pauperum* im Gegensatz zur Gelenkgicht, die als *Arthritis divitum* betrachtet wurde. Aber gerade wir hier in unserem Badeorte sehen viele in wirtschaftlich guten Verhältnissen lebende Menschen, die trotz günstiger Lebensbedingungen an schwerem primären destruierenden Gelenkrheumatismus erkrankt sind. Man sagt, daß die Erkrankung in den kälteren Zonen häufiger sei, als in den warmen. Es sind nach den Erfahrungen fast aller Autoren Frauen viel häufiger von der Erkrankung befallen als Männer, was zu dem Schlusse verleitet hat, daß die Erkrankung innersekretorischer Natur sei und mit den klimakterischen Zuständen der Frauen in Verbindung stehe. Indessen ist eine solche Annahme nicht richtig. Die klimakterischen Gelenkleiden verlaufen im allgemeinen anders, wie wir später sehen werden.

Die Erkrankung beginnt — wie gesagt — schleichend mit Reißen und ziehenden Schmerzen in den Gelenken, die sich allmählich steigern. Noch sieht man von außen keine Veränderungen. Später treten dann Schwellungen auf, zuerst an den Fingern, im weiteren Verlaufe an den Handgelenken und dann an den größeren Gelenken. Das Röntgenbild deckt die schwersten Veränderungen auf. Sehr starke Atrophie, usurierte und deformierte Knochen, Ankylosen, besonders an den Händen und Füßen, sind nicht selten.

Natürlich können Röntgenbilder, wie sie bei der primären chronischen destruierenden Polyarthritits vorkommen, auch bei anderen Krankheiten sich zeigen:

d. h. unbedingt charakteristisch ist das Röntgenbild nicht. Indessen vermag es in Gemeinschaft mit der Anamnese und dem klinischen Zustande des Patienten die Diagnose weitgehend zu sichern.

Ueber die Aetiologie der Krankheit ist noch zu sagen, daß in neuerer Zeit vielfach der Versuch gemacht wird, eine fokale Entzündung als Ursache des destruierenden primären Gelenkrheumatismus anzusprechen. Besonders hat sich auf diesem Gebiete der amerikanische Arzt Rosenow durch zahlreiche Versuche verdient gemacht. Allerdings ist ein einwandfreier Beweis noch nicht geliefert worden. Vorläufig müssen wir noch forschen und die sogenannten fokalen Entzündungsherde in Zähnen oder Tonsillen einer weiteren Nachprüfung unterziehen. Daß die Annahme eines fokalen Primärherdes nicht restlos befriedigen kann, geht auch daraus hervor, daß manche Kranke bei Beginn des Leidens schon völlig zahlos waren. Auch Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, der Samenblasen, der Prostata und anderer Organe des Urogenitaltraktes sind als fokale Primärherde für die Entstehung des primären destruierenden Gelenkrheumatismus verantwortlich gemacht worden.

Die eben erwähnten drei Krankheitsgruppen bilden zusammen das eigentliche Gebiet des sogenannten Gelenkrheumatismus. Sie sind zweifellos ätiologisch als Infekterkrankungen anzusehen, wenn es auch noch nicht gelungen ist, die Erreger einwandfrei festzustellen. Es wird einmal die Zeit kommen, wo der Name Rheumatismus auch für diese Krankheiten fallen wird. Wir werden sie ihrer Aetiologie gemäß bezeichnen können. Für alle anderen Erkrankungen der Gelenke aber, die wir bald noch erwähnen werden, hat das Wort Gelenkrheumatismus nicht die geringste Bedeutung mehr. Es sollte mit Ausnahme der drei bis jetzt erwähnten Erkrankungen nicht mehr angewendet werden.

Als vierte Krankheitsgruppe sind die metastatischen Erkrankungen der Gelenke bei fieberhaften septischen Infektionen des Körpers zu erwähnen. Es handelt sich hier um pyämische Prozesse, die den Chirurgen mehr angehen, als den inneren Mediziner. Meist sind die Erreger virulente Staphylokokken oder Streptokokken, wie sie bei Panaritium, bei Osteomyelitis, bei Entzündung des Wurmfortsatzes, bei Wochenbettinfektionen und ähnlichen Erkrankungen vorkommen können. Diese schweren Gelenkinfektionen nennen wir pyämische Gelenkmetastasen.

Unter den durch typische Erreger hervorgerufenen Gelenkerkrankungen ist die vielleicht häufigste die Gelenktuberkulose. Sie entsteht meist auf hämatogen-embolischem Wege, und zwar entweder als Granulationsherd oder bei Embolie einer Endarterie als tuberkulöser Sequester und schließlich durch Uebergreifen vom kranken ins gesunde Gewebe als infiltrierende progressive Tuberkulose. Man unterscheidet hauptsächlich die synoviale Form von der ossalen. Bei der ersteren siedelt sich die Tuberkulose entweder hämatogen oder lymphogen in der Synovia an. Bei der ossalen Form kriecht die Erkrankung auf lymphogenem Wege von irgend einem benachbarten Knochenherde ins Gelenk.

(Fortsetzung folgt.)