

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1930

18 (30.9.1930) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1930 Nr. 18

Einteilung und Benennung der Gelenkveränderungen.

Von Dr. Wilhelm Neumann, Baden-Baden.

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

(Fortsetzung.)

Entsprechend unserer allgemeinen Vorstellung von der bakteriellen Entzündung der Gelenke zeigt auch hier bei der synovialen Form die Gelenkkapsel Schwellung und Rötung. Es entsteht ein seröses, fibrinhaltiges Exsudat, und schließlich kommt es zur Schrumpfung der befallenen Kapselteile. Das Granulationsgewebe zerstört Kapsel und Gelenkbänder. Man nennt diese synoviale Form der Gelenktuberkulose den *Fungus* oder *Gelenkschwamm*. Oft entstehen im Gelenk die sogenannten Reiskörperchen, die aber für Tuberkulose nicht charakteristisch zu sein brauchen. Das Gelenk schwillt im Verlaufe der Erkrankung stärker an, und nach anfänglich livider Färbung wird durch die Spannung die Haut blaß. Daher stammt die Benennung *Tumor albus*. Durch die zunehmenden Schmerzen wird das Gelenk infolge der Kontraktion der Muskulatur fixiert. Es entwickelt sich eine fortschreitende Muskelatrophie.

Im Röntgenbilde sieht man vor allen Dingen die sehr erhebliche fleckförmige und allgemeine Knochenatrophie, die Kapsel wird schattentief, sie dehnt sich aus. Allmählich verschmälert sich durch Knorpelusionierung der Gelenkspalt. Der Knochen wird arrodiiert; es kommt zur Karies. Ueberwiegt das Granulationsgewebe, so sprechen wir von einer *Caries sicca*, die sich besonders im Schultergelenk häufig findet. Kommt es mehr zur Nekrose, so entsteht die eitrig-käsigige Form, die *Caries necrotica*. Schließlich kann eine vollkommene knöcherne Ankylose sich ergeben.

Bei der ossalen Form braucht es zuerst nur zu einer reaktiven Entzündung des Gelenkes zu kommen. Man sieht im Röntgenbild die abgegrenzten epiphysären Herde ohne stärkere Atrophie der übrigen Gelenkkörper. Die Beschwerden des Patienten sind anfänglich nur gering, die Beweglichkeit noch gut. Erst wenn der Herd ins Gelenk durchbricht, kommt es zu schweren Erscheinungen.

Im Anschluß an die Gelenktuberkulose muß eine noch ziemlich umstrittene Erkrankung besprochen werden, nämlich der sogenannte *Poncet'sche Gelenkrheumatismus*, auch *Rheumatismus tuberculosus* genannt. Poncet, der diese Erkrankung *Tuberculeuse inflammatoire* nannte, nimmt an, daß sie vor allen Dingen durch die Toxine des Tuberkelbazillus hervorgerufen wird. Die Tuberkelbazillen sitzen dabei in anderen Organen des Körpers, in den Lungen oder Drüsen, und bewirken durch Vermittlung der Bakteriengifte Fernwirkungen in den Gelenken und Sehnenscheiden. Da die Erkrankung klinisch noch nicht allgemein anerkannt ist, wollte ich sie hier nur kurz erwähnen.

Von den venerischen Infektionen sind es die Syphilis und die Gonorrhoe, die an den Gelenken u. U. sehr schwere Veränderungen hervorzurufen vermögen. Die *Arthritis luetica* kommt in allen Lebensaltern vor, bei hereditärer und bei erworbener Syphilis. Man unterscheidet den *Tumor albus syphiliticus*, der besonders häufig als hereditäre Form auftritt, von der seltenen akuten *Gelenklues im sekundären Stadium* und der *Arthrolues tardiva*. Beim *Tumor albus* geht die Krankheit zumeist von der Synovialis aus; Knorpel und Knochen werden dann erst in zweiter Linie betroffen. Die Blässe der geschwollenen Gelenke hat zu der Bezeichnung *Tumor albus syphiliticus* geführt. Er wird bei Kindern, aber auch im späteren Lebensalter angetroffen.

Die größte Rolle bei den luetischen Gelenkerkrankungen spielt die von dem Wiener Syphilidologen Schlesinger sogenannte *Arthrolues tardiva*, die in den späteren Lebensjahren verhältnismäßig häufig festzustellen ist. Die Erkrankung ist bei der Verwandtschaft ihrer Röntgenbilder mit denen anderer Gelenkerkrankungen oft schwierig zu diagnostizieren. Charakteristisch für das Röntgenbild ist die Tatsache, daß bei verhältnismäßig großen Zerstörungen des Knochens die Atrophie nur geringfügig ist. Außerdem finden sich in vielen Fällen periostitische Wucherungen, entweder an den großen Gelenkkörpern selbst oder häufiger an den benachbarten Diaphysen. Fernerhin gibt es an den Kniegelenken ausgestanzte Defekte, die einigermaßen charakteristisch für gumöse Prozesse sind. Die Krankheit wandert entweder von der Synovia und dem Bandapparate auf den Knochen über oder umgekehrt. Kapselverdickungen sind nicht selten.

Neben dem Röntgenbilde ist die Anamnese für die Diagnose von höchster Wichtigkeit. Es gibt auch einige klinische Beobachtungen, die den Ausschluß anderer Gelenkerkrankungen erleichtern. Hierher gehören vor allen Dingen die charakteristischen *nächtlich auftretenden Schmerzen*, fernerhin die Unbeeinflussbarkeit der Schmerzen durch Salizylpräparate, sowie die Unwirksamkeit der Antipyretica und der schmerzlindernden Mittel. Auch ist wichtig zu wissen, daß man bei Anwendung von verschiedenen antiluetischen Medikamenten eine plötzliche Besserung der Erkrankung erzielen kann, während bei Wiedergelassen dieser Mittel das Leiden sich von Neuem verschlimmert. - Die Krankheit springt nicht herum, wie es der akute Gelenkrheumatismus tut. Das Herz bleibt frei von endokarditischen Veränderungen, die muskuläre Fixation ist unbedeutend, stärkere Muskelatrophie kommt kaum vor. Manchmal gibt es eine Art von *Herxheimer'scher Reaktion* nach geringen Dosen von antiluetischen Mitteln.

Sehr typisch und besonders erwähnenswert ist die umschriebene Druckschmerzhaftigkeit der befallenen Gelenke. Es ist charakteristisch, daß nicht selten die

Sternoklavikulargelenke und die Sternokostalgelenke ergriffen werden. Auch am Kiefergelenk und an den Wirbelgelenken lokalisiert sich die Erkrankung gern. Oft ist sogar eine isolierte Wirbelgelenklues der Halswirbelsäule oder oberen Brustwirbelsäule vorhanden. Es gibt dann sehr typische Schluckbeschwerden. Der negative Wassermann sagt nichts aus. Im Gelenkpunktat ist die Wassermann-Reaktion auch häufig negativ.

Neben der Lues spielt die Gonorrhoe eine wichtige Rolle für die Pathologie der Gelenke. Sie ist sogar eine der häufigsten Formen der Gelenkerkrankungen. Nicht selten tritt die gonorrhoeische Arthritis nur an einem Gelenk auf. Aber es finden sich auch viele Erkrankungen mit polyartikulären Erscheinungen. Das Gelenk ist stark geschwollen, fühlt sich warm an, jede Bewegung führt zu heftigen Schmerzen. Auch Fieber wird beobachtet, das in manchen Fällen sehr hoch sein kann. Das Ueberspringen von einem Gelenk auf das andere, wie es beim akuten Gelenkrheumatismus zu finden ist, wird bei der Arthritis gonorrhoeica meist vermißt. Häufig bleiben, besonders wenn die Behandlung nicht sehr eingehend und durchgreifend ist, Versteifungen zurück. Das Röntgenbild der befallenen Gelenke läßt oft sehr schwere Veränderungen erkennen; bei keiner anderen Krankheit sind so weitgehende Grade von Knochenatrophie festzustellen wie hier. Das Knie ist vorzugsweise betroffen und zeigt oft eine fürchterliche Zerstörung der Gelenkflächen. Die Handwurzelknochen, die am zweithäufigsten befallen werden, sind manchmal größtenteils der Auflösung verfallen. An den Sprunggelenken, Schulter- und Ellenbogengelenken ist die Erkrankung seltener lokalisiert.

Noch bei vielen akuten und chronischen Infektionskrankheiten sieht man das Auftreten von Arthritiden, die ätiologisch durch die primäre Erkrankung klar zu bestimmen sind. Erhebliche Veränderungen finden sich beispielsweise im Anschluß an die Ruhr. Sowohl nach der Amöben-, als auch nach der Bazillenruhr kann diese Polyarthritidis dysenterica auftreten, und zwar erscheint sie nicht nur in der Rekonvaleszenz, sondern manchmal schon im akuten Stadium der Erkrankung.

Auch Typhus abdominalis kann u. U. Gelenkkomplikationen mit sich führen. Hier ist es neben anderen Gelenken besonders die Wirbelsäule, die oft typhöse Affektionen mit großer Schmerzhaftigkeit aufweist. Nebenbei nur will ich erwähnen, daß man auch nach Collinfektionen Gelenkerkrankungen spezifischer Art nachgewiesen hat. Die Colibakterien wurden in einem Falle sogar im Gelenkpunktat gefunden.

Es soll fernerhin im Anschlusse an einen typischen katarrhalischen Ikterus Gelenkerkrankungen geben. Sie sind immerhin selten und gutartig.

Daß nach akuten Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Pneumonie, Erysipel, Grippe, Varizellen, Variola, Malaria, Pertussis u. s. Gelenkerkrankungen auftreten können, soll hier nur erwähnt werden. Die Fälle sind sicher nicht sehr häufig, aber immerhin geben manche Autoren an, daß sie bei 2 Proz. aller Scharlachkranken komplizierende Arthritis nachgewiesen haben.

Der Vollständigkeit halber soll noch von einem Zustande gesprochen werden, den die Autoren Arthritis urethrica nennen. Ich selbst habe nie einen solchen Fall gesehen. Auf Grund einer nicht spezifischen Reizung der Urethra tritt eine länger oder

kürzer dauernde Affektion sämtlicher Gelenke auf. Die Krankheit heilt langsam durch Bädergebrauch von selbst aus.

Ich will das Gebiet der infektiösen Gelenkerkrankungen verlassen, um zu den nicht-infektiösen überzugehen. Auch hier ist ein Einteilungsprinzip im eigentlichen Sinne nicht zu geben. Immerhin können wir bei den abakteriellen Gelenkerkrankungen einige Gruppen absondern, wie sie das hier folgende Schema zusammenfaßt:

Nichtinfektiöse Gelenkerkrankungen.

- 1) Arthritis deformans (Primäre Knorpelnekrose).
Malum coxae senile, Arthritis posttraumatica, Arthritis statica.
 - 2) Aseptische Knochennekrosen.
Osteochondritis dissecans. Köhler'sche Erkrankung I und II. Lunatum-Malazie. Perthes'sche Erkrankung.
 - 3) Endokrin bedingte Gelenkerkrankungen.
Klimakterische Arthritis. Heberden'sche Knoten. Arthritis bei Akromegalie.
 - 4) Arthritis bei Stoffwechselerkrankungen.
Gicht. Arthritis alkaptonurica.
 - 5) Arthritis bei Haemophilie.
 - 6) Arthritis bei Erkrankungen des Nervensystems.
 - a) Organisch nervöse:
Tabische Arthropathie, Syringomyelie, Raynaud'sche Krankheit, Trophoneurosen.
 - b) Funktionell nervöse:
Hydrops intermittens, Gelenkergüsse bei Verstauchungen.
 - 7) Tumoren:
Sarkom, Chondromatose.
 - 8) Periartikuläre Erkrankungen.
Bursitis calcarea, Kalkgicht, Coxa vara, Schlat-ter'sche Krankheit.
 - 9) Angeborene Luxationen und Varietäten, Gelenkverletzungen.
- Vor allem möchte ich als Typ der nicht-infektiösen Gelenkerkrankungen die Arthritis deformans im eigentlichen Sinne hier erwähnen. Unter Arthritis deformans verstehen wir eine ganz bestimmte Krankheit, nicht aber das Endstadium irgend welcher anderer Gelenkerkrankungen, die in ihrem Verlaufe zu deformierenden Prozessen führen. Nach dem, was wir bisher gehört haben, ist es ja selbstverständlich, daß jede Gelenkerkrankung, die nicht mit einer Restitutio ad integrum endet, schließlich regenerative und degenerative Vorgänge gleichzeitig aufweist, die zu deformierenden Prozessen hinleiten. Wir verstehen aber unter Arthritis deformans nicht einen morphologischen Zustand, sondern jenes Krankheitsbild, das Axhausen als Folge einer primären Knorpelnekrose bezeichnet hat. Die Arthritis deformans geht hervor aus einer — durch irgend welche Ursachen bewirkten — primären Zerstörungen des Knorpels. Dadurch kommt es zu Abschleifungen des Knorpels und Knochens im Gelenk und zur Bildung von Knochenwucherungen, die als Folgen von Funktionsreizen aufzufassen sind. Da es sich um eine eigentliche Entzündung des Gelenkes nicht handelt, hat man versucht, die Krankheit auch als Osteochondritis deformans oder als Arthropathia deformans anzusprechen. Der Name Arthritis deformans ist aber so eingebürgert, daß Aenderungen kaum möglich sein werden.

(Schluß folgt.)