

Zeitschrift: Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1936)

Heft: 4

Artikel: Arthritis deformans

Autor: Niethammer, E.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930675>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Arthritis deformans.

Von E. Niethammer, St. Gallen.

Bei dieser Krankheit trifft es vorwiegend die größeren Gelenke, wie Schulter-, Hüft- und Kniegelenk. Eine Ausnahme macht jedoch die Wirbelsäule, welche nicht selten von der Arthritis deformans befallen wird und unter dem Namen Spondylitis deformans bekannt ist. Diese Krankheit tritt meist bei älteren Individuen auf. Bei der Arthritis deformans beginnt die Muskulatur abzumagern, wobei besonders die Strecker, sowie die Abduktoren der betroffenen Gelenke leiden. Bei Arthritis deformans des Kniegelenkes atrophiert der Quadriceps femoris, bei Arthritis deformans des Hüftgelenkes die Glutäalmuskulatur und bei der Schultergelenkerkrankung Deltoideus und Triceps.

Die normalen Konturen verschwinden allmählich; das Gelenk scheint etwas verdickt und nicht selten fühlt man z. B. am Knie die verdickte Gelenkkapsel, besonders an den Umschlagsfalten. Auch mehr oder weniger Zottenwucherungen können palpabel sein. Ergüsse in das Gelenk sind zuweilen, jedoch nicht sehr häufig, vorhanden, meist sogar mit einer Verminderung der Gelenkflüssigkeit. Fieber besteht nie. Hochgradige Bewegungsstörungen können eintreten, die durch Deformierung der Gelenkenden bedingt werden. Wir können an Hüft- und Kniegelenk Veränderungen finden, von Knorpelschwund und Auffaserung, Bildung von sogenannten Schliffflächen an den Stellen der größten Belastung und Abnutzung, die durch Sklerosierung des bloßliegenden Knochens ein emaille- oder porzellanartiges Aussehen bekommen und wie poliert aussehen können. Ferner sehen wir ausgedehnte Knorpel- und Knochenwucherungen, besonders in den druckfreien Partien des Gelenkkopfes entstehen, also am freien Rande des Knorpels und in den unteren Partien des Gelenkkopfes. Der Kopf wird gewissermaßen breitgedrückt; dabei kann der Schwund des Knorpels und Knochens auf der einen Seite, die Wucherung am Rande auf der andern Seite so hochgradig sein, daß das neue, den Kopf darstellende Gebilde, von dem ursprünglichen Kopfe nichts mehr aufweist.

In dem Teile der Synovialis, welcher unmittelbar in die knorpelige Gelenkfläche übergeht, nehmen die Bindegewebszellen allmählich den Charakter von Knorpelzellen an. In dieser Zone liegen eigenartige bogenförmige Blutgefäße, Kapillaren, von denen normalerweise jedoch keine Gefäße in die Knorpelsubstanz ziehen. Die soeben erwähnte Uebergangsschicht von Synovialgewebszellen in Knorpelzellen nennt Weichselbaum die Wucherungszone. Er glaubt, daß von hier aus die Neuproduktion von Knorpelgewebe vor sich gehe.

Die Aetiologie der Arthritis deformans wird in verschiedene Gruppen eingeteilt, in welchen sie den Grund der Erkrankung sucht:

1. in der rein mechanischen Abnutzung der Gelenkenden,

2. in senilen, durch Ernährungsstörungen der Gelenke hervorgerufenen Veränderungen,
3. in Veränderungen des Zentralnervensystems,
4. in den durch Traumen,
5. in den durch abgelaufene Entzündungsprozesse gegebenen Veränderungen.

Die Mehrzahl der Fälle von Arthritis deformans tritt im vorgerückten Alter auf. Zahlreiche Traumen, die schwerarbeitende Menschen ständig erleiden, können zu Arthritis deformans führen. Bei Epiphysen- und Diaphysenbrüchen entsteht durch die Zerreißung der ernährenden Knochengefäße eine Zeitlang eine Ernährungsstörung der Gelenkenden oder der Synovialis. Wird die Absonderung der Synovia durch entzündliche Prozesse vermehrt oder vermindert, so muß der Gelenkknorpel Schädigungen erfahren. Virchow nimmt an, daß die neurogene Form der Arthritis deformans durch Veränderung der Gefäße durch die vasomotorischen Nerven von seiten des erkrankten Zentralorganes entstehen kann. Durch arterielle Anämie, sei sie auf Arteriosklerose oder auf die vasomotorischen Nerven zurückzuführen, entsteht einerseits Knochenschwund und andererseits durch venöse Hyperämie Knochenneubildung.

Bei der primär chronischen progressiven Polyarthrititis besteht ein unaufhaltsames Fortschreiten des allmählich Befallenwerdens eines Gelenkes nach dem andern, was bei der Arthritis deformans fehlt. Aus den Krankengeschichten geht hervor, daß die Patienten langsam, schleichend, mit Erscheinungen erkrankten, die anfangs lediglich in ziehenden Schmerzen, sowie allmählichen Verdickungen der Gelenke bestanden. Der Palpationsbefund der Gelenke ist in der Regel so, daß wir bei frühen Stadien eine stark verdickte, bald mehr derbe, bald weichelastische Kapsel finden. Häufig kann man unregelmäßige Wülste und Träubchen nachweisen, die vergrößerten Synovialzotten entsprechen und besonders an den Umschlagsfalten der Synovialis palpabel sind. In späteren Stadien tritt Schrumpfung und Zusammenziehung des Gewebes in den Vordergrund. Wir finden häufig an verschiedenen Gelenken derselben Person zu derselben Zeit die beiden Prozesse Kapselverdickung mit Zottenhyperplasie und Kapselschrumpfung nebeneinander vor.

Durch die eigenartigen Deviationen und Kontrakturstellungen der Gelenke sehen wir häufig dachziegelartige Ulnarabweichung der Finger im Metakarpophalangealgelenk, sowie Beuge- und Subluxationsstellung im Handgelenke.

Am Ellenbogengelenk finden wir meist leichte Beuge- und Pronationsstellung, an der Schulter eine Mittel- oder mehr adduzierte Stellung.

Die Füße können in starker Valgus-, aber auch in Varusstellung stehen. Knie und Hüften sind gewöhnlich gebeugt. Die Wirbelsäule ist mit Vorliebe in ihrem Halsteile ergriffen. Neben den besprochenen

Deviationen, Subluxationen und Luxationen treten schließlich zunehmende Versteifungen der kontrakturierten Gelenke ein, die zu vollkommen festen Ankylosen führen können.

Nicht selten nehmen die Sehnenscheiden und Schleimbeutel an dem Krankheitsprozesse teil. Sie können dann mehr oder weniger hochgradige Ergüsse enthalten. Als wichtige Erscheinung des Krankheitsbildes sind die hochgradigen Muskelatrophien zu erwähnen. Die verdickten Gelenkenden heben sich gegen die geschwundenen Muskelgruppen besonders stark ab. Die Muskelatrophien an der Hand treffen besonders die Interossei, die Thenar- und Hypothenarmuskulatur, an den übrigen Gliedern vorwiegend die Streckmuskulatur. Eine eigentliche Herzklappenerkrankung ist sehr selten zu beobachten. Die ersten anatomischen Erscheinungen der primär chronischen progressiven Polyarthritiden zeigen sich in der Synovialmembran und deren Umgebung, nicht im Knorpel resp. Knochen.

Die primäre progressive Polyarthritiden ist eine Krankheit, welche vorzüglich zu frühzeitiger Kapselschrumpfung, zu Verwachsungen der Gelenkflächen, fibrösen oder gar knöchernen, neigt, daß es dagegen bei der gewöhnlichen Arthritis deformans in ihrem ganzen Verlaufe kein Stadium gibt, welches diese Gelenkverödungen, fibrösen oder knöchernen Verwachsungen, aufzuweisen hätte, so müssen wir zu dem Schlusse gelangen, daß beide Prozesse unmöglich identisch sein können. Beide Prozesse können aber auch unter bestimmten Umständen miteinander kombiniert sein. Die primär chronische progressive Polyarthritiden äußert sich in einer primären entzündlichen Erkrankung der Synovialis, an der die fibröse Kapsel und das periartikuläre Gewebe teilnehmen. Exsudative Erscheinungen können anfänglich vorhanden sein, werden aber resorbiert und die anfangs stark verdickte zottenbesetzte Gelenkkapsel verfällt allmählich einem Prozesse der Schrumpfung.

Der sekundär chronische Gelenkrheumatismus. Bei dieser Erkrankung kommt es häufiger zu fibrösen und sogar knöchernen Ankylosen der Gelenke. Der eigentliche Sitz der Erkrankung liegt in der Synovialis. Die Synovialhaut ist chronisch entzündet und Bindegewebsneubildungen äußern sich an derselben und am umgebenden Gewebe. Die Kapseln werden verdickt zu einem abnormalen dichten, sehnigen Gewebe. Es kommt zur Verschmelzung der Synovialis mit den Bändern und Sehnen. Fibröse Adhäsionen zwischen den aneinander liegenden Synovialpartien oder den Gelenkenden führen später zu knöchernen Ankylosen. Fast immer treten dann auch frühzeitige Ernährungsstörungen an den Gelenkknorpeln hinzu; sie zerfasern oder gehen Fettmetamorphose ein und zerfallen der Abnutzung, so daß es zuletzt zur Bloßlegung des Knochens kommt. Die Entzündung der Gelenkkapsel ruft auf reflektorischem Wege eine Knochenatrophie hervor. Die progressive Polyarthritiden und der sekundär chronische Gelenkrheumatismus entstehen auf dem Boden des akuten Gelenkrheuma-

tismus. Bei beiden finden wir in früheren Stadien die primären, hochentzündlichen Erscheinungen an der Gelenkkapsel, das sekundäre Ergriffenwerden des Knorpels. Bei beiden kann es zur bindegewebigen und zur knöchernen Verwachsung der Gelenkflächen, zur entzündlichen Obliteration der Gelenkhöhlen kommen. Dagegen weist die Arthritis deformans in ihrem ganzen Verlauf kein Stadium von Gelenkverschmelzung fibröser oder knöcherner Art auf. Es können daher beide Prozesse unmöglich identisch sein. Die Arthritis deformans betrifft meist größere Gelenke, wie Knie-, Hüft- und Schultergelenke. Die anatomischen Veränderungen zeigen im wesentlichen Knorpel und Knochen verändert und erst im Spätstadium die Synovialis. Die Knochen-Knorpelveränderung zeigt sich auf rein mechanischem Wege, die durch Druck und Zug entstanden ist.

Die Therapie dieser Gelenkerkrankungen kann bei frühem Erkennen und früh einsetzender Behandlung ein Fortschreiten des Prozesses sicher verhindern. Im späteren Stadium ist die Prognose umso unsicherer, je mehr Gelenke erkrankt sind. Heißluft, Massage, Diathermie und Gymnastik, sowie elektrische Lotaninbäder und Solbäder kommen in Anwendung und sind bei längerer Verabreichung von schönen Erfolgen begleitet. Nach Kneipp werden besonders Heublumenwickel, im Wechsel mit kalten Essigwickeln ($\frac{1}{2}$ Wasser $\frac{1}{2}$ Essig), die über Nacht um die Gelenke gelegt werden, empfohlen.

(Benützte Literatur: „Arthritis deformans“, von Dr. A. Hoffa und G. Wollenberg.)

Adreßänderungen.

Wir richten an die Mitglieder die dringende Bitte, im Interesse einer geordneten Geschäftsführung, **Adreßänderungen** jeweiligen **sofort dem zuständigen Sektionsaktuar** mitzuteilen! Es wird damit auch ein Unterbruch in der Zusendung des Verbandsorgans vermieden.

Stellenvermittlung.

Stellensuchende Mitglieder wollen sich in ihrem eigenen Interesse bei unserem **Stellenvermittlungsbureau**, Neumarkt 4, Winterthur, Tel. 26.650 (Zentralpräsident G. Weser) anmelden.

Beldam-Fußpflege-Motor mit Vorschaltwiderstand für alle Spannungen mit **Fräsersatz** und **Stativ**, neu, umständehalber billig abzugeben.
W. Heiz, Masseur, Zehnderweg 25, Olten, Telephon No. 28.21

Lederne Massagebank und Sprossenwand 2.60 m $\times$ 1.90 m zu verkaufen.
Frau L. Schaffner, Masseuse, Versoix-Ville, Telephon No. 85 200
