

Neuester Stand der Differenzierung der rheumatischen Krankheiten

Autor(en): **Fehr, K.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1966)**

Heft 208

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929857>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Inhaltsverzeichnis: Neuester Stand der Differenzierung der rheumatischen Krankheiten — Der neue Parafango-«Battaglia»-Film — Aus dem Leserkreis — Fachliteratur — Certificat de perfectionnement — Cours — Le nouveau film sur le Parafango «Battaglia» — Les fractures du bassin - Problèmes de Eécupération fonctionnelle —

Neuester Stand der Differenzierung der rheumatischen Krankheiten

von Dr. K. FEHR

Oberarzt an der Univ.-Rheumaklinik und Institut für phys. Therapie, Kantonsspital Zürich

Einleitung und Begriff:

Der Begriff «Rheumatismus» stammt aus dem Griechischen und bedeutet Katarh, Schleim. Er wurde von Hippocrates geschaffen und hängt eng mit der Vorstellungswelt der Griechen vom Entstehen der Krankheiten zusammen. Nach dieser Konzeption strömte aus dem Gehirn der Kranken das «Phlegma» und die «Galle» in die Gelenke und den Skelettmuskelapparat und verursachte dort Schwellungen und Schmerzen.

Im 16. Jahrhundert nahm der Franzose Guillaume de Baillou den Begriff «Rheumatismus» wieder auf, der seither die Terminologie der abendländischen Medizin in Hinsicht Skelett-Muskelerkrankungen beherrscht und insbesondere noch tief in der Vorstellung der Laien verankert ist. Dabei ist es unschwer zu erkennen, dass mit dem Begriff auch ein Gutteil der griechischen Vorstellungswelt vom Wesen dieser Krankheitsgruppe von den Laien bewahrt wurde.

Das 19. und beginnende 20. Jahrhundert brachte — wie überall in der Medizin — im Raum des Rheumatismus eine scharf differenzierende Unterscheidung verschiedenster Krankheitsgruppen. Der Prozess begann mit der klinischen Abgrenzung der Febris rheumatica durch Bouillaud 1836, der progredient chronischen Polyarthrititis durch Charcot 1853, der Gicht durch die beiden Garrod 1890, der

Spondylarthrititis ankylopoetica Ende des 19. Jh., der Arthrosen im 1. Jahrzehnt des 20. Jh. durch englische und französische Autoren. In den 30er Jahren waren die rheumatologischen Schulen in England, Amerika und Frankreich in der Lage, klar zwischen dem entzündlichen und dem degenerativen Rheumatismus sowie der Gicht zu unterscheiden. Diese Differenzierung, die bereits teilweise auf grund von Laboratoriumsbefunden möglich wurde, verstärkte sich im Zug der vorwärtsdrängenden Laboratoriums- und Röntgendiagnostik kontinuierlich bis zum heutigen Tag.

Der Begriff «Rheumatismus» hat sich trotz der Abgrenzung bestimmter Krankheitsbilder als Oberbegriff erhalten. Dabei ist zu sagen, dass dies nur mehr für den kontinental-europäischen Raum zutrifft. Im angelsächsischen Sprachraum figuriert er einzig und allein mehr im Begriff «rheumatoid Arthritis», womit die progredient chronische Polyarthrititis gemeint ist. In Kontinentaleuropa selbst wird das Wort aber keineswegs einheitlich verwendet. Jeder Sprachraum setzt es auf seine eigene Weise ein. Ja, die Situation ist derart, dass auch die verschiedenen Schulen desselben Sprachraumes den Begriff unterschiedlich verwenden.

Wenn ich Ihnen im folgenden eine übersichtsmässige Einteilung der rheumatischen Krankheiten vorlege, dann vertrete ich den deutschen Sprachraum und insbe-

sondere die Schule von Zürich. In faktischer Hinsicht deckt sich diese Einteilung mit den Kozeptionen der abendländischen Rheumatologie.

Wir möchten zu Beginn nochmals hervorheben, dass wir den Begriff «Rheumatismus» nur noch als Oberbegriff verwenden. In den Krankengeschichten figuriert er nicht mehr. An dieser Stelle findet sich eine präzise, die Krankheit genau definierende Diagnose oder zum mindesten eine Differentialdiagnose.

Einteilung:

Wir unterscheiden drei grosse Gruppen rheumatischer Krankheiten:

- *Den entzündlichen Rheumatismus der Gelenke und der WS*
- *den degenerativen Rheumatismus der Gelenke und der WS*
- *den Weichteilrheumatismus.*

Im folgenden sollen die Hauptvertreter dieser 3 Gruppen rheumatischer Krankheiten skizzenartig charakterisiert und Ihnen anhand von Beispielen die zahlreichen differentialdiagnostischen Möglichkeiten eines und desselben Erscheinungsbildes dargelegt werden. Wir tendieren daraufhin, Ihnen auf grund therapeutischer Ueberlegungen die Notwendigkeit und Nützlichkeit einer genauen Differenzierung zu demonstrieren. Es wird sich erkennen lassen, dass vielfach die rheumatische Symptomatik ein dem Rheumatismus vollkommen fernliegendes Grundleiden verdeckt. Es wird sich weiterhin ergeben, dass der Begriff «Rheumatismus» dem vielfältigen Wesen der darunter eingeordneten Krankheitsbilder in keiner Weise mehr genügt.

I. Die entzündlichen rheumatischen Krankheiten

Die entzündlichen rheumatischen Krankheiten sind dadurch charakterisiert, dass sie entzündliche Veränderungen im Skelett-Muskelapparat bewirken. Diese Veränderungen bewirken einerseits schmerzhafte WS-Versteifungen und manifestieren sich andererseits durch entzündliche Veränderungen des Blutes. Unter diesen nimmt die erhöhte BSR die zentrale Stellung ein.

Die entzündlichen rheumatischen Krankheiten stellen einen relativ kleinen Teil des rheumatologischen Krankengutes dar. Trotzdem kommt der Frage nach der Entzündung bei jeder Krankheit des Skelettmuskelapparates grosse Bedeutung zu — und dies aus folgenden Gründen:

1. Sowohl der entzündliche Gelenkrheumatismus als auch der entzündliche WS-Rheumatismus sind im Anfangsstadium schwer vom entsprechenden degenerativen Rheumatismus unterscheidbar.

2. führt die Nichterkennung der Entzündung zu einer immer falschen Therapie — und zwar meistens zu einer falschen Physiotherapie oder balneologischen Therapie, die für den Patienten nicht nur nicht nützlich, sondern schädlich ist und

3. muss der entzündliche Rheumatismus frühzeitig behandelt werden, da er relativ rasch zu irreversiblen Schädigungen führt.

Die Hauptformen des entzündlichen Rheumatismus sind

das Rheumatische Fieber (*Febris rheumatica*)

die progredient chronische Polyarthrit (*pcP*)

die Spondylarthrit ankylopoetica (*M. Bechterew*).

Die *Febris rheumatica* steht in ihrer Symptomatologie weitgehend vereinzelt da und ist unverwechselbar. Sie ist durch ihren eindeutigen Zusammenhang mit einer Streptokokkeninfektion, d.h. ihr Auftreten nach einer Angina, einem Scharlach, einer Mittelohrentzündung; aber auch einer banalen Halsentzündung, charakterisiert. Wenn dieser Zusammenhang aus der Krankheitsgeschichte nicht immer ersichtlich ist, so hat doch die immunologische Forschung erwiesen, dass immer ein derartiger Zusammenhang besteht. Der Infekt durch die (P-hämolytischen) Streptokokken bewirkt einen Immunisierungszustand des Organismus, der messbar ist. Als bestes Mass dafür gilt der heute allgemein gebräuchliche Antistreptolysintiter, mit dem der Titer jener Antikörper bezeichnet wird, die ein bestimmtes Toxin der Streptokokken — das Streptolysin — neutralisieren. Findet sich dieses Antistreptolysin nicht in genügender Menge im Blutserum, dann kann daraus geschlos-

sen werden, dass kein Streptokokkeninfekt stattgefunden hat und dass demzufolge keine Febris rheumatica vorliegt.

Das Krankheitsbild findet sich in erster Linie bei Kindern und Jugendlichen, viel seltener bei Erwachsenen. Es ist charakterisiert durch flüchtige, stark schmerzhaftige Schwellungen der grossen peripheren Gelenke und Mitbefall des Herzens, seltener der Nieren und des Gehirns. Die richtige Frühdiagnose ist für den Patienten äusserst wichtig, da sich gezeigt hat, dass bei jedem neuen Infekt mit Streptokokken eine sehr grosse Rezidivgefahr besteht. Die Gefahr, dass insbesondere am Herzen dabei irreversible Klappenveränderungen entstehen, ist besonders gross. Die Patienten werden deshalb während mindestens 5 Jahren unter Dauer-Penicillin-Therapie gesetzt, wodurch die Rezidivgefahr auf ein Minimum beschränkt wird.

Für den Physiotherapeuten von weit grösserer praktischer Bedeutung ist die *progredient chronische Polyarthrititis*. Die pcP stellt ihm wohl in differentialdiagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht eine Reihe von Problemen.

Die pcP beginnt — wie Sie wissen — in ihrer klassischen Form an beiden Handgelenken und einigen Fingergrund- und -mittelgelenken bds., und zwar langsam schleichend. Morgendliche Steifigkeit und ein Schwellungsgefühl im Bereich der Hände sind typisch. Wenn dies Stadium kompliziert wird durch zusätzliche Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme, dann ist eine Verwechslung mit einem Cervico-Brachialsyndrom oder einem Carpaltunnelsyndrom leicht möglich.

Wenn die pcP anderseits im Beginn insbesondere die Fingermittelgelenke betrifft und vor allem dann, wenn sie sich auf eine vorbestehende Heberden-Bouchardarthrose aufplankt — was nicht so selten zutrifft — dann besteht eine grosse Verwechslungsmöglichkeit mit der unkomplizierten Heberden-Bouchardarthrose.

Die pyP kann aber auch jahrelang nur ein einziges oder wenige Gelenke betreffen, z. B. ein Kniegelenk, ein Schultergelenk, ein Handgelenk. Unter diesen Umständen liegt die Verwechslung mit einer Reiz-Gonarthrose, einer Periarthritis hu-

meroscapularis oder statischen Fussbeschwerden sehr nahe.

Unter allen diesen Umständen ist das Verhalten des Physiotherapeuten am besten gesichert, wenn er das paradoxe Ansprechen auf die übliche Physiotherapie, die ja meist in einer Wärmebehandlung oder in Elektrotherapie besteht, registriert und daraus die Konsequenz zieht, dass eine Entzündung möglich sein könnte. Als nächster Schritt legt sich dann nahe, dass eine neue ärztliche oder sogar spezialärztliche Abklärung gefordert wird, die zur Diagnose führen wird. Soweit das Problem für den Physiotherapeuten.

Für den Arzt hingegen legt die pcP eine Fülle von differentialdiagnostischen Erwägungen nahe. Denn die Symptomatik der pcP sowohl in ihrer klassischen Form als auch in ihrer monoartikulären Form wird von zahlreichen verwandten oder ferneren Krankheiten nachgeahmt.

Als klassische Form der pcP können auftreten:

- alle sogenannten Kollagenosen, d.h.:
- der Lupus erythematodes disseminatus
- die Periarteriitis nodosa
- die Dermatomyositis
- die Sklerodermie
- die pcP-Unterformen, d.h.:
- die Psoriasis-Arthritis
- das Sjogren-Syndrom
- die skandinavische Form des M. Bechterew
- der Morbus Reiter
- die Gicht
- die symptomatischen Polyarthritiden bei Leukämie und malignen Tumoren
- die Polyarthritiden bei Infektionskrankheiten wie Tbc, Syphilis, Gonorrhoe, Viruskrankheiten
- die Hämochromatose.
- In Differentialdiagnose zur monoartikulären pcP stehen:
- die Infektarthritiden, bes. Tbc, Gonorrhoe, Syphilis
- dann auch M. Bang, Typhus, Toxoplasmose
- die Gelenktumoren.

Es ist verständlich, dass angesichts dieser Fülle von Verwechslungsmöglichkeiten ein grosser diagnostischer Apparat eingesetzt werden muss. Diesbezüglich kann darauf hingewiesen werden, dass

dem Arzt im Arbeitsgebiet der Rheumaserologie in den letzten 10 Jahren ein wichtiges diagnostisches Instrumentarium entstanden ist. Die pcP ist dadurch ausgezeichnet, dass sie im Serum ein Immunglobulin — den sogenannten Rheumafaktor, — entwickelt. Dieser Faktor kann mit einfachen Methoden leicht nachgewiesen werden. Weiterhin hat sich gezeigt, dass der Lupus erythematodes-disseminatus — eine der häufigsten Verwechslungsmöglichkeiten — in seinem Serum ein für ihn charakteristisches Immunglobulin — den gegen Zellkerne gerichteten antinukleären Faktor aufweist, der wiederum relativ leicht nachweisbar ist. Im übrigen aber helfen Biopsien, die Röntgendiagnostik, der Nachweis der Harnsäuremenge im Serum und immunologische Nachweismethoden für Infektionserreger zu einer meist sehr zuverlässigen Differenzierung des Krankheitsbildes.

Die frühzeitige Differenzierung ist für den Patienten öfters von vitaler Bedeutung. Gerade die Kollagenosen Lupus, Periarteriitis nodosa und Dermatomyositis können tödlich verlaufen. Wenn in diesen Fällen richtig diagnostiziert wird, kann die Krankheit oft durch massiven Einsatz von Cortison oder durch die neuerdings verwendeten Cytostatika aufgefangen werden.

Sowohl für die pcP als auch praktisch alle ihre Nachahmer besteht heute eine spezielle medikamentöse Therapie. Die Wärmebehandlung oder die balneologische Therapie sind meist kontraindiziert. Die Bewegungstherapie hat bei ihr wohl einen bestimmten Platz, steht jedoch an Wichtigkeit weit hinter der medikamentösen Behandlung zurück und muss in jedem Falle auf den Patienten abgestimmt sein. In jüngster Zeit hat die orthopädische Chirurgie sowohl im Sinne der Frühoperation als auch der reparativen Chirurgie sehr vielversprechende Möglichkeiten entwickelt.

Die 3. Hauptform der entzündlichen rheumatischen Krankheiten betrifft den *M. Bechterew*, welcher die klassische Form des entzündlichen WS-Rheumatismus verkörpert. Der *M. Bechterew* kann grundsätzlich in 2 Formen in Erscheinung treten:

vor allem als WS-Leiden

dann aber auch als periphere Arthritis, meist eines Knies oder Hüftgelenkes, aber auch als Polyarthritis, die eine pcP imitiert. Auch in diesem Falle ist die WS-Beteiligung die unbedingte Bedingung für die Diagnosestellung.

Der klassische *M. Bechterew* tritt als Kreuz-Lesäus-Schmerz mit dorsaler Ausstrahlung in die Oberschenkel in Erscheinung. Sehr typisch sind nächtliche Schmerzen, die zwischen 2 und 4 Uhr morgens auftreten, und eine exquisite morgendliche Steifigkeit der WS, die gegenüber der guten Beweglichkeit am Nachmittag und Abend kontrastiert. Befallen werden vorzugsweise junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren.

Der Beginn des *M. Bechterew* kann jedoch absolut blind sein und sich als uncharakteristischer Schmerz der WS, meist des Kreuzes äussern. In solchen Fällen ist die Verwechslung mit einer banalen statischen Insuffizienz oder mit einem Bandscheibenschaden sehr naheliegend. Das adäquate Verhalten des Physiotherapeuten in einem solchen Falle erscheint uns wiederum, dass er bei irgendwelchen Anzeichen einer paradoxen Reaktion auf die Physiotherapie diese Möglichkeit der Entzündung in Erwägung zieht und eine ärztliche Abklärung fordert. Die Diagnose ist in solchen Fällen, wie Sie wissen, durch die Röntgenuntersuchung der Ileosakralgelenke leicht möglich.

Es ist eine relativ häufige Tatsache, das trotz der Einfachheit der Diagnosestellung die Frühdiagnose des *M. Bechterew* verpasst wird. Der Physiotherapeut wird sich somit hie und da in die Lage versetzt sehen, einen bereits fortgeschrittenen *M. Bechterew*, dessen Diagnose nicht gestellt ist, zu behandeln. Die Beachtung der charakteristischen Steifhaltung der WS mit dem brettartigen, leicht lordotischen Plateau der LWS sowie der Starre des Thorax sollten ihn auf die richtige Vermutung führen.

Eine schmerzhafteste WS-Affektion mit Entzündungserscheinungen im Blut kann jedoch durch eine Reihe weiterer Leiden bedingt sein, deren Erkennung sehr wichtig ist:

die infektiösen Spondylitiden durch Tbc, Staphylokokken, Typhus, Bang, Syphilis die Knochenmetastasen der bösartigen Tumore
das multiple Myelom
primäre Tumore der WS, besonders das Hämangiom.

In allen diesen Fällen führt die übliche physiotherapeutische Behandlung zu vermehrten Schmerzen, wonach sich eine Weiterabklärung aufdrängen muss.

Die Therapie des M. Bechterew ist deutlich zweigeteilt: Die Entzündung lässt sich in der grossen Mehrzahl der Fälle prompt durch eine Röntgenbestrahlung oder aber durch Butazolidin stoppen. Die Bewegungseinschränkungen hingegen und die reduzierte Thoraxbeweglichkeit müssen gymnastisch angegangen werden. Klimabalneologische Kuren in der Höhe stabilisieren den Erfolg der Entzündungsbehandlung und haben darauf zu tendieren, die Beweglichkeit weiter zu fördern.

II. Die degenerativen rheumatischen Krankheiten:

Die degenerativen rheumatischen Krankheiten stellen — wie Sie wissen — eine der Hauptaufgaben der physikalischen Therapie dar. Das Wesen des degenerativen Rheumatismus liegt in der Knorpeldegeneration. Da jedoch der Knorpel keine sensiblen Fasern enthält — diese Tatsache wurde jüngstens von Töndury auch für den irrtümlich als sensibel innervierten Faserknorpel des Annulus fibrosus der Bandscheiben bewiesen — stehen wir vor der paradoxen Situation, dass der degenerative Rheumatismus eigentlich gar kein Leiden ist. Der Schmerz des degenerativen Rheumatismus ist nie ein Knorpelschmerz, sondern immer ein Weichteilschmerz. Die rheumatischen Schmerzen des degenerativen Rheumatismus sind weichteilrheumatische Schmerzen. Aber nicht nur in dieser Bemerkung zeigt sich die Unzulänglichkeit des Begriffes Rheumatismus deutlich, sondern auch darin, dass wir mit dem Schmerz des degenerativen Rheumatismus auch grundsätzlich andere als rheumatische Leiden anvisieren.

Der degenerative Rheumatismus führt zur mechanischen Insuffizienz der beweg-

lichen Skelettsegmente durch Lockerung derselben und dadurch zur Ueberlastung und Reizung der umgebenden Weichteile, d.h. der Gelenkkapseln, der Bänder, Sehnen, Sehnenansätze und Muskeln. Diese Betrachtung ist deshalb wichtig, weil sie verständlich macht, dass die Behandlung des degenerativen Rheumatismus in erster Linie eine Behandlung der Weichteile ist. Wohl bringt die Wärmetherapie, Elektrophysiotherapie, Balneotherapie eine gewisse Mehrernährung des geschädigten Knorpels und wirkt deshalb in beschränktem Umfange kausal; der eigentliche Angriffsort dieser Therapiemassnahmen ist jedoch der Weichteilapparat. Damit legt sich ein weiterer Gesichtspunkt für die Therapie nahe: Wenn die Knorpeldegeneration zur mechanischen Dekompensation eines Bewegungssegmentes führt, dann hat jede eingreifende Therapie des degenerativen Rheumatismus sich auch die Bekämpfung dieser funktionellen Insuffizienz zum Ziele zu setzen. Damit gelangen wir zum Grundsatz, dass die aktive Gymnastik praktisch immer in irgendeinem Ausmass in den Therapieplan des degenerativen Rheumatismus gehört. Nur sie ist in der Lage, die Bewegungsinsuffizienz kausal anzugehen.

Selbstverständlich kann dieser Grundsatz nicht in jeder Situation realisiert werden. So hat es zum Beispiel keinen Sinn, ein völlig blockiertes Bewegungssegment wie etwa eine hyperostotische Spondylose gymnastisch anzugehen. Andererseits scheint uns, dass die aktive Seite, die zudem zu einer zusätzlichen günstigen Hyperämie führt, i. A. eher vernachlässigt wird, weswegen wir sie in den Vordergrund gerückt haben.

Der degenerative Rheumatismus zerfällt in den degenerativen Rheumatismus der peripheren Gelenke und jenen der WS. Die degenerativen Gelenkerkrankungen zerfallen ihrerseits in die wichtigen Untergruppen der *primär* und *sekundär degenerativen Gelenkerkrankungen*. Unter den primär degenerativen Gelenkerkrankungen versteht man die *Polyarthrosekrankheit* und die primären Gonarthrosen und Caxarthrosen. Die primäre Arthrose isolierter Hand-Ellenbogen-Schulter- und Sprunggelenke kommt praktisch nicht vor. Die Arthrosen dieser Gelenke findet man

entweder im Rahmen der Polyarthrosekrankheit oder sekundär nach irgendwelcher Schädigung dieser Gelenke.

Die Polyarthrosekrankheit entsteht wohl meistens auf der Grundlage einer dispositionellen Knorpelschwäche. Daneben spielen wahrscheinlich Diätfaktoren — insbesondere eine fettreiche Ernährung, wie aus Tierversuchen hervorgeht — eine kausale Rolle. Das Krankheitsbild manifestiert sich vorwiegend bei der Frau im mittleren Alter oder zur Zeit der Menopause als Heberden- und Bouchard-Arthrose, als Rhizarthrose des Daumens und als Gonarthrose. Aber auch andere periphere Gelenke können mitbefallen sein. Primäre Arthrosen findet man isoliert als Gonarthrosen und Coxarthrosen.

Die Therapie dieser Arthroseform hat sich vor allem darauf auszurichten, den geschwächten Knorpel zu robrieren. Hierbei helfen lokale durchblutungsfördernde Massnahmen sowie den Knorpelstoffwechsel anregende Therapieformen wie Schwefelbäder und neuerdings Kuren mit Knochen-Knorpelextrakten. Es versteht sich leicht, dass Patienten frühzeitig diesen Kuren zugeführt werden sollten und sie repetieren müssen. Denn, falls kein reaktionsfähiges Knorpelgewebe mehr vorliegt, ist eine kausale Therapie nicht mehr möglich.

Die primäre Coxarthrose steht auch heute noch trotz aller chirurgischen Möglichkeiten in den Händen der physikalischen Therapie. Sie kann auf Grund einer röntgenologischen Abklärung klar von den sekundären Hüftgelenkarthrosen abgegrenzt werden. Es findet sich bei ihr ein gut zentrierter Gelenkkopf mit allseitiger Verschmälerung des Gelenkspaltes und Osteophyten sowohl des Zentrums als auch des oberen und unteren Pols. Die primäre Coxarthrose muss physikalisch therapeutisch ausserordentlich straff geführt werden. Es gehören dazu tägliche Bewegungsübungen aus entlasteter Körperlage, häufige kurmässige Badeapplikationen und mindestens 1 mal jährlich eine massive physikalische Therapie, womöglich eine Balneotherapie zur maximalen Durchblutungsförderung und Entspannung der Muskulatur sowie Restitution des Bewegungsausmasses. Es gehört dazu auch die beruf-

liche Umstellung auf einen weitgehend sitzenden Beruf. Mit diesen Massnahmen liesse sich ohne Zweifel die oft katastrophale Progredienz des Leidens und die Invalidisierung stark verzögern.

Ausgesprochen segensreich wirkt sich heute die frühzeitige Diagnose der *sekundären Arthrosen durch statische Fehlbeanspruchung* aus. An erster Stelle ist die Coxa valga mit und ohne Pfannendysplasie zu erwähnen. Diese Form der mechanischen Fehlentwicklung des Hüftgelenks steht zahlenmässig bei weitem an erster Stelle. Ihr Grad kann schwer sein und führt dann bereits beim Kind zu Gehstörungen; sie kann aber auch geringgradig sein und produziert dann im Erwachsenenalter die ersten Symptome.

Wir möchten bei dieser Gelegenheit auf das spezielle Syndrom des Gesässschmerzes aufmerksam machen. Der Gesässschmerz, bei dem es sich an sich um einen Tendomyoseschmerz handelt, stellt differentialdiagnostisch vorwiegend zwei rheumatische Leiden zur Diskussion: Den Bandscheibenschaden und die Hüftgelenksdegeneration. Es muss deshalb mit allen Mitteln versucht werden, ihn auf eine Coxa valga oder einen fröheitigen lumbalen Bandscheibenschaden zurückzuführen, dann stehen der Therapie zwei äusserst effektvolle Wege offen: im Falle der Coxa valga ist es die den Hüftgelenkkopf zentrierende Frühoperation, im Falle der WS das Anlernen einer Heilgymnastik. In beiden Fällen kann das Leiden kausal angegangen werden.

Für die Operation weniger gut geeignet sind die anderen dezentrierenden Hüftgelenksleiden — die Coxa vara, die Epiphysiolyse und der M. Perthes. Aber auch unter diesen Umständen soll die Operationsindikation mit dem orthopädischen Chirurgen frühzeitig besprochen werden.

Günstige Objekte für die operative Frühbehandlung sind weiterhin die Achsenabweichungen der Kniegelenke — die Genua vara und Genua calga. Auch hier können korrektive Frühoperationen die unweigerlich entretende Degeneration durch Fehlbelastung verhindern.

Nach den sekundären Arthrosen auf der Grundlage mechanischer Fehlanlage, ha-

ben wir eine ganze Anzahl weiterer Möglichkeiten zu erwähnen:
die sekundären Arthrosen bei Uebergewichtigkeit (Gonarthrose)

- nach Gelenktrauma
- nach Gelenkentzündung
- bei Gelenkchondromatose
- nach Osteochondritis dissecans
- bei peripheren neurologischen Leiden
wie Tabes dorsalis und Springomyelie
- bei metabolischen Störungen wie
 - Acromegalie
 - Diabetes
 - Hypothyreose
 - Ochronose.

Alle diese Formen liegen zur Hauptsache noch in der Hand der physikalischen Therapie, welche denselben Gesichtspunkten zu folgen hat, die wir bei der primären Arthrose erörterten. Bei der Osteochondritis dissecans und der Gelenkchondromatose muss unter Umständen eine Beseitigung der Fremdkörper des Gelenkes in Erwägung gezogen werden.

Der *degenerative Rheumatismus der WS* stellt ein allgemeines Phänomen der menschlichen WS dar. Die primäre Degeneration der Bandscheiben beginnt bekanntlich sehr frühzeitig. Töndury konnte solche im Bereich der HWS bereits im 9. Lebensjahr feststellen. Im Laufe der Alterung tritt eine ziemlich progredient zunehmende Häufigkeit in Erscheinung, welche um die 70er Jahre herum 100% erreicht. Im Gegensatz zur peripheren Arthrose führt die Bandscheibendegeneration, in deren Gefolgschaft die Spondylose und die Spondylarthrose in Erscheinung treten, bei weitem nicht in jedem Fall zu schmerzhaften Symptomen. In diesem Zusammenhang auffällig ist die relative Resistenz der schwerarbeitenden bäuerlichen Bevölkerung und der Handlanger, die oft, trotz schwerster Spondylose keine Beschwerden zeigen. Diese Beobachtung weist eindrucklich auf die Bedeutung des Muskelskeletts hin. Bei kräftigem Muskelskelett dekompensiert der Rücken trotz der Degeneration nicht.

Die *Osteochondrose* führt zu zweierlei Beschwerdebildern. Entweder der Nucleus pulposus bricht als *Diskushernie* durch den Faserring und verursacht ein akutes ver-

tebrales und radikuläres Syndrom mit hart gespanntem Block der WS und neurologischen Symptomen oder die Weichteile um das osteochondrotisch gelockerte Segment dekompensieren und führen zu Myogelosen und Tendomyosen. Die Tendomyosen können lokalisiert bleiben oder dann als sogenannte *pseudoradikuläre Syndrome* bis in den Fuss strahlen. Pseudoradikuläre Syndrome ahmen echte radikuläre Syndrome nach, zeigen jedoch nie echte neurologische Ausfälle. Sie sind charakterisiert durch Tendomyosetten, die im Bereich der Beine meist von der Glutaealpartie via Tractus ilitibialis bis zu den Peronaei verlaufen, im Bereich der Arme durch Tendomyosen im Bereich der Schultergelenke, der Ellenbogenepicondylen und der Vorderarmstrecker oder -beuger. Eine spezielle Form der Osteochondrose bedingten Ausstrahlungen zeigt die HWS im bekannten Cervicalsyndrom, wobei Reizwirkungen auf die Arteria vertebralis und vermutlich auf die sensiblen Bahnen der Sympathicusfasern eine Rolle spielen.

Der *primären Osteochondrose* der WS steht die *sekundäre* Form gegenüber. Die weitaus wichtigste Form dieser Gruppe ist jene, welche durch die statischen Insuffizienz bedingt ist. Zu dieser gehören im Prinzip alle mechanisch insuffizient angelegten WS von der ausgeprägten Skoliose oder vom klassischen Morbus Scheuermann bis zur leichten statischen Insuffizienz einer skoliotischen Haltung, eines Flachrückens, einer Hyperlordose. Die Unterscheidung dieser Formen erscheint deshalb wichtig, weil hier die aktive Therapie eindeutig im Vordergrund steht. Meist handelt es sich um junge Patienten, deren Rücken nur dann effektiv therapiert werden kann, wenn das Muskelskelett auftrainiert wird. Hier hat sicher die Sozialmedizin eine wichtige Zukunftsarbeit vor sich im Sinne der Organisation einer systematischen Prophylaxe. Sekundäre Osteochondrosen finden sich weiter — abgesehen von posttraumatischen Schädigungen — bei metabolischen Krankheiten und zwar,

- beim Diabetes mellitus,
- der Acromegalie
- der Ochronose.

Eine ausserordentlich wichtige Differentialdiagnose gegenüber dem degenerativen WS-Rheumatismus spielt die Osteoporose.

Osteoporosen finden sich schon beim jungen Mann und der jungen Frau, sind aber eigentlich typisch für die Frau nach der Menopause und dann auch für das Alter nach 65 Jahren. Diese Form der Osteoporose ist sehr häufig und ihr Schmerz wird laufend mit dem rheumatischen Schmerz gleichgesetzt. Die osteoporotische Dekompensation der WS besteht in einer Hyperkyphose und Hyperlordose. Der thoracale Erector trunci wird chronisch überdehnt, der cervicale chronisch überspannt, die Bauchwandmuskulatur zu lang und deshalb zu schlaff. Die Hyperlordose der LHS führt zum Baastrupphänomen, das sehr schmerzhaft sein kann.

Eine antirheumatische Therapie mit Wärme versagt bei der Osteoporose meist vollkommen, ja sie führt zu vermehrten Schmerzen. Die physikalische Therapie hat auf die Aktivierung der WS und auf die Korrektur der Haltung zu tendieren. Eventuell kann eine Quarzbestrahlung durchgeführt werden. Im weiteren ist jedoch unbedingt eine medikamentöse Therapie durch den Arzt anzustreben. Und insbesondere auch soll der Arzt die Ursachen der Osteoporose, die recht mannigfaltig sein können, abklären.

III. Der Weichteilrheumatismus

Aus der Besprechung des vorhergehen-

den Abschnittes geht hervor, dass der Weichteilrheumatismus in sehr hohem Prozentsatz, d. h. rund 90% Ausdruck eines degenerativen Rheumatismus ist. Es gibt jedoch einen genuinen Rheumatismus der Weichteile, bei dem primär im Bindegewebe Degenerationserscheinungen auftreten. Zum Weichteilrheumatismus gehören die Periarthrosen, die Tendomyosen, Myogelosen, Periostosen, Epicondylitiden und die Periarthritis humeroscapularis. Da die entsprechenden Erscheinungen im Kapitel des degenerativen Rheumatismus bereits erwähnt wurden, verzichten wir auf eine detaillierte Erörterung.

Zusammenfassend möchte ich nochmals festhalten, dass der Begriff Rheumatismus so heterogene Krankheitsprozesse wie die rheumatische Entzündung und die rheumatische primäre und sekundäre Degeneration umfasst. Diese Tatsache wird eines Tages dazu führen, dass der Begriff durch präzisere Termini ersetzt wird und womöglich überhaupt allmählich verschwindet — wie dies z. T. im angelsächsischen Sprachraum schon weitgehend vollzogen ist.

Im weiteren treten uns unter dem Aspekt der rheumatischen Krankheiten eine Vielzahl von anderen Krankheiten entgegen, deren Therapie speziell geführt werden muss und deren Erkennung deshalb wichtig erscheint. Die Differenzierung der eigentlichen rheumatischen Krankheiten in sich ist weit fortgeschritten und hinsichtlich der Therapie von grosser Bedeutung.

Der neue Parafango-„Battaglia“-Film

M.C. Im Bestreben, für die in fast allen grösseren Spitälern der Schweiz angewendeten Parafango-«Battaglia»-Packungen eine sachliche, leicht verständliche Anleitung zusammenzustellen, ist soeben ein neuer Film entstanden, welcher in deutscher und französischer Fassung vorliegt und für interne und externe Vorführungen angefordert werden kann. Es ist ein 16-mm-Farbfilm mit Lichtton und einer Spieldauer von 18 Minuten.

Nach einigen Bildern des malerischen Fango-Sees zwischen Battaglia und Abano, bzw. vom urtümlichen Schöpfen des Heil-

schlammes am Grunde des vulkanischen Kratersees, folgt ein kurzer Einblick in die Fabrikation des Parafango. Der Hauptteil des Filmes ist aber der Demonstration verschiedener Packungen und medizinischen Erläuterungen gewidmet.

Der gesprochene Kommentar tritt eingehend auf die Zubereitung der Masse, das Ausstreichen des Parafango-Fladens, die Einzelheiten der Applikationen sowie auf den Wirkungsmechanismus des Parafango «Battaglia» ein, welcher nach Professor Hesse «das stärkste Tiefenhyperaemie-Mittel, das wir kennen», ist. Es wird auf