

Allgemeine Diagnostik und Nomenklatur der rheumatischen Erkrankungen

Autor(en): **Riva, G.**

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): - **(1965)**

Heft 204

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929879>

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.

**Inhalts-
verzeichnis**

Allgemeine Diagnostik und Nomenklatur der rheumatischen Erkrankungen —
Das projektierte Nachbehandlungszentrum der SUVA in Bellikon — Congrès
International de Kinésithérapie — Parafango «Battaglia»

Nachstehende Arbeit aus der Schweiz. Rundschau für Medizin PRAXIS 50. Jahrg. No. 8 dürfen wir mit freundlicher Bewilligung von Herrn Prof. G. Riva und des Hallwag Verlages erscheinen lassen.

Medizinische Abteilung des Tiefenauspitals der Stadt Bern
(Chefarzt: Prof. G. Riva)

Allgemeine Diagnostik und Nomenklatur der rheumatischen Erkrankungen

Von G. Riva

Will man diesem einführenden Vortrag ein Zitat voranstellen, so findet man es dort, wo man Zitate zu suchen pflegt, nämlich bei Goethe: «Denn eben wo Begriffe fehlen, da stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein.» Das Wort haben schon vor zwei Jahrtausenden unsere griechischen Vorfahren geprägt: «Strom, Fluss» und — in übertragenem Sinne — «den Fluss eines im Leibe herumziehenden Krankheitsstoffes, und zwar eines bösen Schleims oder Katarrhs, der vom Gehirn in die Gelenke herunterfließt, wo er Schmerzen verursacht».

Eine derartige Terminologie ist im höchsten Grade modern: sie vermag in der Tat nicht nur diejenigen zu befriedigen, welche die These der zentralen bzw. hypophysären Genese des Rheumatismus gerne mit einer Fokalinfection (einem Katarrh) - wenn nicht im Gehirn, so doch im Kopfbereich - in Zusammenhang bringen oder auch die anderen, welche den heutzutage besonders aktuellen humoralen und namentlich serologischen Aspekten des Rheumatismus Beachtung schenken. Die Auffassung unserer griechischen Vorfahren

passt im übrigen auch in das Konzept derjenigen Gelehrten, welche sich mit den Alterationen des Bindegewebes beim Rheumatismus abgeben, in deren Rahmen vor allem die Veränderungen der Schleimstoffe (der Mucopolysaccharide) Gegenstand reger Forschung sind.

Wir sind der antiken Medizin für ihre terminologische Leistung sehr dankbar; denn hätte sie uns nicht das Wort «Rheuma» überliefert, so müssten wir einen äquivalenten Terminus prägen. Und weiss Gott, was für Schwierigkeiten wir dabei zu überwinden hätten, in einer Zeit der vielen Nationalsprachen und einer Epoche, in der die Aerzte, statt der in der Antike universell akzeptierten Viersäftelehre zu huldigen, eine Multiplizität von Thesen vertreten.

Tatsache ist, dass man unter «Rheuma und Rheumatismus» überall in der Welt ungefähr — wenn auch mit vielen Nuancen — dasselbe versteht, auch wenn man noch heute ausserstande ist, den Terminus ätiologisch, pathogenetisch oder auch nur pathologisch-anatomisch genau zu definieren.

Wir sind gezwungen, zu einer generischen und beinahe laienhaft anmutenden Definition Zuflucht zu nehmen:

«Mit dem Terminus ‚Rheumatismus‘ bezeichnet man Zustände, die durch Schmerzen und Steifigkeit in den Gelenken, in der Muskulatur und im übrigen Stützapparat (Sehnen, Bursae, Bindegewebe usw.) charakterisiert sind.»

Eine derartige Definition, welche den Kreis des Rheumatismus auf schmerzhafte Manifestationen im Bereiche der Körperhülle einschränkt, schliesst den sog. «viszeralen Rheumatismus» von vorneherein aus. Der Einwand ist aber nicht stichhaltig, da man — nach meiner Ansicht — nur dann von viszeralen Läsionen des Rheumatismus sprechen kann, wenn sie in typischer Art und Weise ein rheumatisches Leiden mit Sitz in den Körperhüllen im Sinne der Definition begleiten. Die sog. rheumatische Karditis würde man wahrscheinlich nicht «rheumatisch» benennen, wenn deren erstes Krankheitsstadium nicht besonders häufig mit einer akuten Polyarthritiden einhergehen würde. Dass man in letzter Zeit die sog. «Kollagenosen» in den Formenkreis der rheumatischen Leiden einbezogen hat, ist vor allem dadurch zu erklären, dass die Kollagenosen klinische, humorale und anatomische Analogien zum Rheumatismus aufweisen. Darüber hinaus ist der Rheumatismus ein so schlecht definierter und dehnbarer Begriff, dass man ihm auch andere noch vagere und noch weniger gut abgrenzbare Krankheiten — wie die Kollagenosen —, für die man sonst in der Medizin kein festes Domizil finden kann, gerne subsumiert.

Wie unbefriedigend der Terminus «Rheuma» ist, zeigt sich aber vor allem beim Versuch, eine Klassifizierung der «rheumatischen Krankheiten» vorzunehmen. Die verschiedensten Kriterien sind dabei herangezogen worden: Verlaufsform (akut oder chronisch), Topographie (artikulär, nicht artikulär), klinische Symptomatologie, anatomisches Substrat (entzündlich, degenerativ). Man hat auch — was ziemlich gefährlich ist — der Klassifizierung allerhand ätiologische und pathogenetische Hypothesen zugrunde legen wollen. Das Resultat: ein babylonisches

Sprachgewirr. Im Einklang mit der ethymologischen Bedeutung des Wortes «Rheuma» ist auf dem Gebiet der Nomenklatur des Rheumatismus alles «im Fluss».

Es gibt verschiedene nationale und internationale Klassifikationen des Rheumatismus. Ich füge hier eine eigene Nomenklatur hinzu (Tab. 1), die sich vorwiegend auf das von der Eidg. Kommission zur Bekämpfung der Rheumaerkrankungen herausgegebene Vademekum stützt, die aber davon zum Teil abweicht, indem sie sich durch grössere Empirie auszeichnet.

Tabelle 1

A. Die Hauptformen des Rheumatismus

Artikulär entzündlich

1. *Febris rheumatica*
2. *Polyarthritiden rheumatica chronica*
3. *Arthritiden infectiosa et parainfectiosa*

Artikulär degenerativ

4. *Arthrosis deformans*

Nicht artikulär

5. *Sog. Weichteilrheumatismus (Fibrositis)*

B. Seltene, gut charakterisierte Formen des Rheumatismus

a) Unterformen der chronischen Polyarthritiden

1. *Feltysches Syndrom*
(Spleno- und Lymphadenomegalie, Pancytopenie)
1a *Chauffardsches Syndrom*
(Lymphadenomegalie)
2. *Stillsches Syndrom*
(Feltysches Syndrom des Kindes- und Jugendalters. Akute Schübe. Iritis. Spondylitis cervicalis).
3. *Chronische Polyarthritiden mit Sjögrenschem Syndrom*
4. *Caplansches Syndrom*
(Silikoarthritiden = Chronische Polyarthritiden bei Silikose).

b) Möglicherweise Unterformen der chronischen Polyarthritiden

1. *Spondylarthritiden ankylopoietica (Morbus Bechterew)*

2. *Arthritis psoriatica*
(distale Interphalangealgelenke, «main en lorgnette», Fernrohrfinger).

c) *Arthritis bei Stoffwechselkrankheiten*

1. Gicht
2. Alkaptonurie

d) *Andere Formen*

1. *Purpura rheumatica*
2. *Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique*
(Trommelschlegelfinger, Periostitis und Arthritis, a) meist sekundär bei intrathorakalem Tumor oder Eiterung, kongenitalen Herzvitien, anderen Malignomen, Zirrhose, usw., b) idiopathisch, c) familiär).

3. *Palindromischer Rheumatismus*

(rekurrierende kurzdauernde, lokal hoch entzündliche und sehr schmerzhafte Attacken [Stunden bis 2 Tage]. Verschiedene Gelenke, namentlich Fingergelenke, und paraartikuläre Gewebe. Völlige Remission der Attacken. Keine Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und keine allgemeine Reaktion [SR und Blutbild]. Rheumafaktor negativ).

4. *Intermittierende Hydarthrose*

(ebenfalls episodisch, mit nur geringer lokaler Entzündung, meist monoartikulär und meistens nur am Kniegelenk. Keine Allgemeinsymptome [kein Fieber; SR und Blutbild normal]. Junge Erwachsene und Frauen bevorzugt. Dauer der Attacke: 3—5 Tage. Intervalldauer 3—21 Tage. Dauer der Krankheit bis 22 Jahre).

5. *Arthritis bei Colitis ulcerosa*

6. *Reitersches Syndrom*

(Trias: unspezifische Urethritis, Conjunctivitis, Arthritis. Evtl. auch Haut-, Schleimhaut- und Herzläsionen. Mann bevorzugt. Evtl. postinfektiös [bazilläre Dysenterie]).

C. *Varia et Rara*

a) *Bei Systemerkrankungen*

1. Arthritis bei Kollagenosen (L. E. Polyarteriitis, Dermatomyositis, Sklerodermie).

2. Arthritis bei Morbus Boeck
3. Arthritis und Amyloidose (Arthritis meist Ursache des Amyloids).
4. Rheumatismus bei Leukämie
5. Blutergelenke
6. Neuropathische Arthritis (Tabes, Syringomyelie usw.)

b) *Jatrogener Rheumatismus*

1. *Hydralazinkrankheit* (Arthritis und Lupus erythematodes).
2. *Nach Sulfonamiden und Antibiotica* (meist im Rahmen einer medikamentösen Allergie).
3. Bei *Serumkrankheit* (1—2 Wochen nach Serum; Pruritus, Erythem, Fieber).
4. *Cortison-pseudorheumatismus*

c) *lokalisiert*

1. *Gelenktumoren*
2. *Traumatische Arthritis*
3. *Osteochondritis dissecans*
4. *Aseptische Knochennekrosen*

D. *Kollagenosen*

1. *Lupus erythematodes disseminatus*
2. *Polyarteriitis nodosa*
3. *Dermatomyositis*
4. *Sklerodermie*

Anhang

Monosymptomatische rheumatische Manifestationen mit nosologischer Autonomie

1. *Ischias und Lumbago* (Diskushernie)
2. *Cervikalsyndrom*
3. *Der schmerzhafte Fuss*
4. *Die schmerzhafte Schulter*

A. *Die Hauptformen des Rheumatismus*
(Tabelle 1, A)

Mit souveräner Leichtigkeit vernachlässigt die hier vorgelegte Klassifikation das Postulat der Einheitlichkeit der Einteilungskriterien: es wird z. T. nach topographischen («artikulär», «nicht artikulär»), bei den artikulären Formen auch nach pathologisch-anatomischen («entzündlich», «degenerativ») und sogar nach pathogenetischen («infektiös», «parainfektiös») Kriterien eingeteilt.

Es muss sofort präzisiert werden, dass sich die verschiedenen Formen nicht un-

bedingt gegenseitig ausschliessen. Jede Form des artikulären Rheumatismus geht gar nicht selten auch mit Symptomen des Weichteilrheumatismus einher. Der chronische Gelenkrheumatismus weist in den späteren Stadien regelmässig auch arthrotische Läsionen auf.

Trotzdem hat die Gruppe A von Tab. 1 einen wesentlichen Vorteil: die fünf angeführten Hauptformen sind — mit zum Teil erheblichen terminologischen Differenzen — in der westlichen Hemisphäre so gut wie allgemein anerkannt. Sie umfassen darüber hinaus mehr als 90% aller rheumatischen Leiden: die diagnostischen Aufgaben werden dadurch wesentlich erleichtert, dass man sich — von wenigen Ausnahmen abgesehen — darauf beschränken kann, ein rheumatisches Leiden der einen oder der anderen Hauptform von Gruppe A zuzuschreiben.

1. *Febris rheumatica*

Die erste Hauptform — die *Febris rheumatica* — ist in der ganzen Welt als solche bekannt und trotz verschiedener Nomenklatur (Tab. 2) klinisch einheitlich beschrieben.

Tabelle 2

Febris rheumatica

Synonyma

Latein:

Polyarthriti rheumatica acuta
Rheumatismus verus (acutus)

Deutsch:

Akuter Gelenkrheumatismus
Akute Polyarthriti
Rheumatisches Fieber

Französisch:

Rhumatisme articulaire aigu
Fièvre rhumatismale
Polyarthrite rhumatismale aiguë
Maladie de Bouillaud

Italienisch:

Reumatismo articolare acuto
Poliartrite acuta (primaria)
Febbre reumatica
Malattia reumatica

Englisch:

Rheumatic fever
Acute rheumatism

Keine einzige der in Tab. 2 angeführten Bezeichnungen vermag ganz zu befriedigen. Denn in keiner werden die drei diagnostischen Kriterien hervorgehoben, welche als wesentlich zu betrachten sind. Das sind:

a) Die Tatsache, dass es sich um eine Krankheit handelt, die fast ausschliesslich das Kindes- und Jugendalter mit einem Frequenzgipfel um das zehnte Lebensjahr befällt;

b) der Umstand, dass die Herzkrankheit — die rheumatische Karditis — das Hauptmerkmal und die Hauptläsion darstellt: die *Febris rheumatica* beleeckt die Gelenke und beisst sich ins Herz fest;

c) das Ergebnis der klinischen Forschung der letzten Jahre, das die These aufzustellen gestattet, dass eine Infektion mit hämolytischen A-Streptokokken, meist im Bereiche der oberen Luftwege, so gut wie obligat der Initiator der *Febris rheumatica* ist. Dieser Erkenntnis kommt auch wesentliche praktische Bedeutung zu: die sehr lange fortgesetzte systematische Behandlung mit Antibiotika — namentlich Penicillin — bei jeder Infektion mit hämolytischen A-Streptokokken ist der therapeutische Imperativ, der dem Auftreten bzw. der Progression der Karditis vorzubeugen vermag. Tatsache ist, dass in den letzten Jahren die Frequenz der *Febris rheumatica* erheblich kleiner geworden ist.

Die wesentlichen diagnostischen Kriterien lassen sich im folgenden kurz zusammenfassen: eine akute Polyarthriti des Kindes- und Jugendalters mit meist eindeutigen Zeichen der Entzündung (*Febris*, Beschleunigung der Blutsenkungsgeschwindigkeit, Blutbildveränderungen), von akuter, flüchtiger, migratorischer Verlaufsform, als Zweiterkrankung nach Streptokokkeninfektion auftretend (dem Nachweis von Streptokokken bzw. der entsprechenden Antikörper im Serum in Form einer signifikanten Erhöhung des Antistreptolysintiters kommt Bedeutung zu) und besonders häufig mit einer Karditis einhergehend.

Das alles kommt in der Terminologie nicht zum Ausdruck. Die Terminologie birgt sogar die Gefahr in sich, dass sie den Arzt zu Fehldiagnosen verleitet.

Die Ausdrücke «akute Polyarthrit» bzw. «akuter Gelenkrheumatismus» sind unexakt, da die Gelenkbeteiligung keineswegs obligat ist und jedenfalls, im Gegensatz zur Karditis, nicht die Hauptläsion darstellt. Darüber hinaus ist die Epitheton «akut» irreführend. Allzu häufig macht man die Feststellung, dass man eine Arthritis als «akuten Gelenkrheumatismus» bezeichnet, nur weil der Beginn des Leidens akut ist. Der akute Beginn ist aber kein differentialdiagnostisches Kriterium: denn akut-entzündlich ist der Verlauf auch bei der Gicht und bei der infektiösen und parainfektiösen Arthritis. Und nicht selten kann sogar die «chronische Polyarthrit» mit einem auffallend akuten Schub beginnen.

Der Terminus «Rheumatismus verus» vermag nicht zu befriedigen: man hat grösste Mühe, das Epitheton «verus» auf den äusserst vagen Begriff «Rheumatismus» anzuwenden.

Immer mehr setzt sich die Bezeichnung «Febris rheumatica» durch, die aber auch nicht einwandfrei ist, da man weiss, dass ein fieberhafter akuter Beginn in der Anamnese von Kranken mit rheumatischen Klappenfehler nicht selten vermisst wird. Die rheumatische Karditis kann sich offenbar subklinisch ohne akute dramatische und artikuläre Phase nach einem leichten banalen und inapperzept verlaufenden Streptokokkeninfekt einstellen.

Für die Liebhaber der Serologie kann man noch beifügen, dass der Febris rheumatica ein negativer Ausfall des Latextests (bzw. der Rheumafaktoruntersuchung) bei meist stark erhöhtem Antistreptolysintiter zukommt.

2. Polyarthrit rheumatica chronica

Die wichtigste rheumatische Erkrankung ist die Polyarthrit rheumatica chronica. Die diesbezüglichen Synonyma finden sich auf Tabelle 3.

Tabelle 3

Polyarthrit rheumatica chronica Synonyma

Latein:

Polyarthrit chronica progressiva

Deutsch:

Chronische Polyarthrit
Chronisch-entzündliche Polyarthrit
(primär-chronische Polyarthrit)
Chronisch-entzündlicher Gelenkrheumatismus

Französisch:

Polyarthrite chronique évolutive
(P. C. E.)
Polyarthrite chronique rhumatismale
Rhumatisme articulaire chronique
progressif
Maladie de Charcot

Italienisch:

Poliartrite cronica primaria (P. c. p.)
Artrite reumatoide

Englisch:

Rheumatoid arthritis

Der Ausdruck «primär chronische Polyarthrit» findet sich auf Tab. 3 zwischen Klammern. Ich glaube, dass man das Recht hat, auf das Epitheton «primär» zu verzichten. Die Polyarthrit chronica ist so gut wie immer «primär chronisch» und der Uebergang eines echten akuten Gelenkrheumatismus (d. h. einer Febris rheumatica) oder einer parainfektiösen akuten Arthritis in die chronische Polyarthrit (sekundär-chronische Polyarthrit) ist wahrscheinlich noch nie einwandfrei erwiesen worden. Allerdings kann die chronische Polyarthrit — und das tut sie gar nicht selten — mit einem akuten Schub beginnen. Oft gestattet est der weitere Verlauf, vor allem aber die Symmetrie und Lokalisation der Gelenkentzündung, den chronischen irreversibel progressiv invalidisierenden Charakter des Leidens zu erkennen.

Im Gegensatz zur Febris rheumatica ist die chronische Polyarthrit zur Hauptsache eine Erkrankung der Gelenke (selten der Viszera), wobei sie oft bis zur gelenkbedingten (nicht zur herzbedingten) Invalidität fortschreitet.

Diese Aussage gilt nach wie vor, trotz den immer häufiger werdenden Mitteilungen über die viszerale Läsionen der chronischen Polyarthrit. Solche Läsionen findet der Pathologe bei den auffallend sel-

tenen Fällen von chronischer Polyarthrit, die zur Sektion gelangen. Noch heute behält die alte Faustregel der Rheumatologie ihre Gültigkeit: «die chronische Polyarthrit hat noch nie einen Menschen getötet». Ich habe keinen besseren Beweis dafür als die Tatsache, dass die Erkrankung in der Regel viele Jahrzehnte dauert und dass die statistisch nachgewiesene Lebensverkürzung bei diesen Patienten, die fünf Jahre beträgt, nicht auf rheumaspezifische Läsionen (wie etwa die rheumatische Karditis), sondern auf die Komplikationen zurückzuführen sind (Pneumonie, Harnwegsinfekt, Lungenembolie usw.) die jedem schweren invalidisierenden Leiden zukommen.

Die Polyarthrit chronica ist im Kindesalter — d. h. vor dem 15. Lebensjahr — eine grosse Rarität (Stillsches Syndrom, Tab. 1, B). Sie befällt mit Vorliebe Frauen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr. Ich habe aber vor kurzem eine 85jährige Frau betreut, deren schwere chronische Polyarthrit im 70. Lebensjahr angefangen hatte. Die Prädisposition für das weibliche Geschlecht ist allerdings nicht so ausgesprochen wie die Bevorzugung des Mannes im Falle der Spondylitis ankylopoietica und der Gicht.

Die Krankheit ist vom «entzündlichen Typ», d. h. sie geht mit entzündlichen Blutbildveränderungen und Serumeiweissbildveränderungen (oft auch mit Anämie) und mit hoher S. R. einher. Man betrachte aber die humoralen Veränderungen nicht als obligate Kriterien.

Typisch sind vor allem der entzündliche Charakter der Gelenkläsionen und namentlich deren Lokalisation: die chronische Polyarthrit ist eine Erkrankung der kleinen distalen Extremitätengelenke, namentlich der metacarpo-phalangeal- und der proximalen Interphalangealgelenke und der entsprechenden Gelenke am Fuss (evtl. auch der Kiefergelenke, der Sternoklavikulargelenke), wobei aber das distale Interphalangealgelenk verschont wird, welches ein Reservat der arthrotisch bedingten Heberdenschen Knoten und der Arthritis psoriatica ist.

Typisches Stigma ist im Beginn die spindelförmige Schwellung der erwähnten kleinen Gelenke. Dieses Stigma ist ein klini-

sches Symptom allererster Güte; denn es ist für chronische Polyarthrit so gut wie spezifisch, und es hat somit die Bedeutung eines scheinbar harmlosen Initiators einer invalidisierenden langjährigen Erkrankung. Daraus entwickeln sich im späteren Verlauf oft groteske Deformationen der Hand mit Ulnarabduktion der Phalangen, Flexion der Finger usw. Dieses klinische Stigma ist — wenn es mit entzündlichen humoralen und Blutbildveränderungen und meist auch mit einer allgemeinen Reduktion des Allgemeinzustandes einhergeht — diagnostisch entscheidend und nach meiner Ansicht auch wichtiger als die neuentdeckten Verfahren zum Nachweis des «Rheumafaktors» im Serum (Latextest usw.). Der Rheumafaktor ist in allererster Linie für die chronische Polyarthrit charakteristisch. Aber er ist nicht obligat und kann sich auch bei Leuten ohne chronische Polyarthrit finden. Es ist zumindestens angezeigt, grösste Vorsicht walten zu lassen: ich glaube nicht, dass man heute schon das Recht hat — wie dies leider in Rheumatologenkreisen heute geschieht — die Differentialdiagnose und die Einteilung der rheumatischen Leiden in rheumafaktorpositive und rheumafaktornegative Formen vorzunehmen. Bevor dies geschieht — bzw. bevor man evtl. eine Enttäuschung erlebt — ist es ratsam, unsere Erfahrungen auf dem Gebiete der Rheumaserologie zu bereichern und mit der grössten Kritik zu bewerten.

Für die serologisch Interessierten sei immerhin darauf hingewiesen, dass in 10 bis 20% der Fälle von chronischer Polyarthrit das L. E.-Phänomen positiv ist, ohne dass der Kliniker derartige Fälle von den L. E.-negativen Fällen zu unterscheiden vermag, und dass andererseits beim Lupus erythematodes disseminatus der Rheumafaktor in 30% der Fälle positiv ausfällt. Dies alles ist theoretisch höchst interessant; praktisch tut man gut daran, sich auf dem festen Boden der Klinik zu bewegen und die serologischen Disputationen nicht zu überschätzen.

3. Die Arthritis infectiosa et parainfectiosa

Beim Vorliegen rheumatischer Manifestationen mit den Merkmalen der Entzündung hat der Arzt die Pflicht, jedesmal

Kennen Sie



die medizinische Gesundheitswäsche
für höchste Ansprüche?

Im Anschluss an die nächste

Versammlung am 6. November 1965

haben Sie Gelegenheit, sich ausführlich
hierüber zu informieren.

Ausserdem erhalten Sie Aufschluss
über die hervorragenden Verkaufsmöglichkeiten der

MEDIMA-Gesundheitswäsche

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns
Ihre Aufmerksamkeit schenken.

MEDIMA Aktiengesellschaft

4310 Rheinfelden, Tel. (061) 87 58 29

**Lincoln No 1 Hospital management
Committee**

St. George's Hospital (382 beds)
Lincoln, England

At St. George's Hospital, Lincoln, many European Physiotherapists have enjoyed their stay in England. Further vacancies have now arisen in the new Physiotherapy Department. Write to the Hospital Secretary for details as to how your fare can be paid both ways and include a holiday at home.

Kurhaus Bad Heustrich

bei Spiez, Berner-Oberland

sucht **1 Masseur-Bademeister**
oder **Masseuse-Bademeisterin**

zur selbständigen Betreuung des
Badebetriebes.

Offerten mit Zeugnisabschriften und
Photo an Kurhaus Bad Heustrich,
Kellergässlein 2, 4001 Basel

DIE MEDIZINISCHE ABTEILUNG DER THERMALBÄDER BAD RAGAZ

sucht für die Saison 1966
(Mitte April – Ende Oktober)

erstklassige **MASSEURE**

erstklassige **MASSEUSEN**

erstklassige
KRANKENGYMNASTINNEN

mit gründlicher Ausbildung und Erfahrung. – Günstige Anstellungs- und Arbeitsbedingungen

Offerten mit Diplomkopie, Zeugnisabschriften, kurzem Lebenslauf und Foto sind zu richten an:

Dr. med. W.M. Zinn, Leitender Arzt
der medizinischen Abteilungen der
Thermalbäder und Grandhotels
Bad Ragaz

Gesucht nach Zürich (Bahnhofstrasse)

PEDICURE

Gut bezahlte Dauerstelle, Montag frei, Taggeld-Vergütung bei Krankheit ab erstem Anstellungstag sowie die üblichen Sozialleistungen. Bei auswärtigem Domizil Abonnementvergütung. Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft

Ferner suchen wir

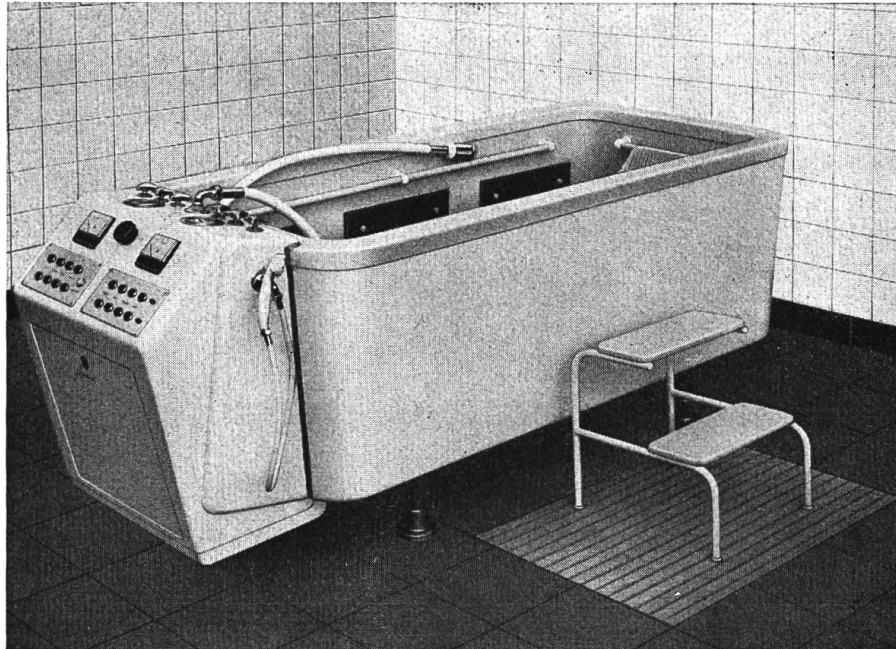
Aushilfs-Pedicure

für nachmittags

Offerten unter Chiffre 12019-42 an
Publicitas, 8021 Zürich

UKS — ROBERT FISCHER Freiburg i/Breisgau

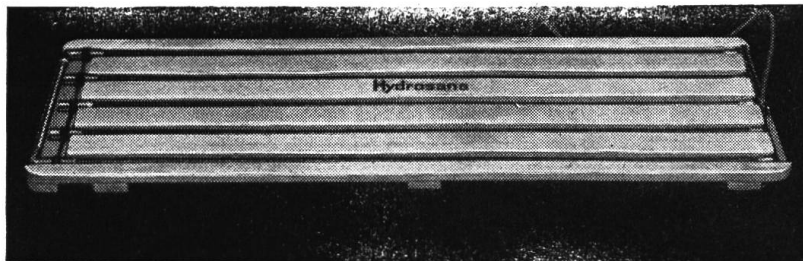
das führende Unternehmen auf dem Gebiet der Bädereinrichtungen



Neuzeitlich in der Form • Fortschrittlich in der Ausführung
Erfahren im Planen und Einrichten ganzer Therapien

Vertretung für die Schweiz:

MEDIZIN — TECHNIK AG 8942 Oberrieden



**Sprudelbäder werden
überall dort empfohlen,
wo man den Blutkreislauf
anregen müsste**

Verlangen Sie Ausk. bei

HYDROSANA

Zollikerberg ☎ 63 74 10

HYDROSANA-SPRUDELVERTEILER

und dazu kann auch ein Hydrosana-Sternkompressor geliefert werden

Wir beabsichtigen, die Leitung der unserem Krankenhaus angeschlossenen neuen, nach modernsten Gesichtspunkten ausgebauten **Abteilung für physikalische Therapie** einem initiativem, berufserfahrenen

dipl. Krankengymnasten

anzuvertrauen. — Wir müssen verlangen:

- Abgeschlossene Berufsausbildung, einige Jahre Praxis und die Fähigkeit, 2–3 dipl. Krankengymnastinnen charaktervoll vorzustehen.
- Interesse am weiteren Aufbau der bereits gut eingeführten Abteilung.
- Organisationstalent.

Besonderen Wert legen wir auf gute Umgangsformen.

Seriöse Herren (Schweizerbürger), die sich zur Uebernahme der interessanten Aufgabe befähigt fühlen und sich eine Lebensstelle unter guten sozialen Bedingungen schaffen wollen, sind gebeten, sich mit uns unter Chiffre 910 in Verbindung zu setzen. (Kanton Bern).

Die Rheumaklinik und das physikalisch-balneologische Institut in Leukerbad (jährlich 200 000 physikalisch-balneologische Behandlungen) suchen per sofort oder nach Uebereinkunft einen

Chefphysiotherapeuten



Verlangt wird: Gute Ausbildung als Physiotherapeut (Heilgymnastik, Elektro- und Hydrotherapie, übliche Massagen); Organisationstalent; Befähigung, einem Stab von ca. 30 Physio-Therapeutinnen und Therapeuten vorzustehen.



Geboten wird: Interessantes Arbeitsgebiet in modernst eingerichteter Spezialklinik. Guter Lohn; geregelte Freizeit (teilweise 5-Tagewoche); Pensionsversicherung.

Offerten mit Zeugnisabschriften sind erbeten an:

Herrn Dr. med. N. Fellmann, Chefarzt der Rheumaklinik, 3954 Leukerbad (VS)

Schwefelbad aus wasserlöslichen,
organischen und anorganischen
Schwefelverbindungen.

Therapeutisch wirksam bei
rheumatischen Affektionen,
Dermatosen,
Stoffwechselstörungen

Sulfo Balmiral

greift die Haut nicht an,
greift die Wäsche nicht an,
greift die Wanne nicht an,
geruchlos,
wirtschaftlich:
hoher Schwefelgehalt (8%)
daher sparsam im Gebrauch,
preisgünstig

| | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|
| Flasche zu 150 cm ³ | Fr. 3.50 (Publikum) | kassenzulässig |
| Flasche zu 500 cm ³ | Fr. 8.45 (Publikum) | kassenzulässig |
| Flasche zu 1000 cm ³ | Fr. 16.15 (Publikum) | kassenzulässig |
| Klinikpackungen | zu 5, 25 und 50 kg | |

Chemische Fabrik Schweizerhall (Pharma), Schweizerhalle BL

Gesucht in spezialärztliche rheumatologische Privatpraxis im Zentrum von Zürich

Heilgymnastin / Physiotherapeutin

Interessante, selbständige Betätigung auf den Gebieten der physikalischen Therapie (ausser Hydrotherapie), der Massage und Heilgymnastik. Eintritt auf Anfang Januar 1966.

Offerten unter Chiffre 913 an die Administration.

Zu verkaufen

● **Unterwassermassage**

BADEWANNE 210x105 (Schreiner)

APPARAT U-K-S (Fischer)

Tel. (022) 31 63 85

Infolge Verheiratung der bisherigen Stelleninhaberin, suchen wir eine tüchtige, erfahrene

PHYSIOTHERAPEUTIN

zur Leitung unseres physikalisch-therapeutischen Institutes.

Es handelt sich um eine vielseitige und gutbezahlte Dauerstelle in lebhaftem und modernem Betrieb.

Geregelte Freizeit und neuzeitliche Arbeitsbedingungen. Eintritt sofort od. nach Uebereinkunft. Bewerberinnen, welche Wert auf selbständige Arbeit legen, senden ihre Offerten mit den üblichen Unterlagen an die Verwaltung der Klinik Sonnenhof, Buchserstr. 26, 3000 Bern



In günstiger Lage (Parkplätze) von Basel Stadt, gut eingeführtes, modernes

Sauna-Massage Institut

auf Frühjahr zu verkaufen.



Sehr gute Existenzmöglichkeit gesichert. Offerten sind an die Redaktion unter Chiffre 912 zu richten.



Gesucht



Dipl. Physiotherapeut(in)

zur Leitung der physiotherapeutischen Abteilung einer Rheumatologenpraxis im Zentrum von Zürich.

Eintritt baldmöglichst.

Offerten erbeten an

Dr. med. S. Gablinger, FMH für innere Medizin und Rheumaerkrankungen,
8002 Zürich, Stockerstrasse 41.
Tel. (051) 23 06 23, Privat 25 70 77

die Möglichkeit eines infektiösen oder parainfektiösen Rheumatismus in Erwägung zu ziehen.

Ich wende den Terminus «infektiöse Arthritis» auf die Fälle von Arthritis (evtl. auch von Bursitis, Tendovaginitis, Myositis) an, welche direkt durch Infektionserreger hervorgerufen werden, sei es, dass sie von einem entfernten Fokus auf dem Blutwege (metastatische Arthritis) oder per continuitatem etwa aus einem osteomyelitischen Herd, oder direkt durch Verletzung des Gelenkes (was heute noch allzu häufig bei den allzu beliebten intraartikulären Injektionen der Fall ist) in das Gelenk gelangen. Es handelt sich in der Regel um mono- bis oligoartikuläre hochentzündliche Arthritiden mit Prädilektion für die grossen Gelenke.

Eine besonders wichtige Form ist die tuberkulöse bazilläre Arthritis (und Spondylitis).

Fast ganz zur Medizingeschichte gehört dagegen die früher mit Recht gefürchtete Gonokokkenarthritis. Dafür sehen wir in unserer Aera der resistenten Staphylokokken und der antibiotisch schwer zu bekämpfenden Erreger der Koligruppe gelegentlich eitrige Arthritiden, bei denen die erwähnten Keime im Gelenkpunktat nachweisbar sind.

Der Staphylokokkus kann sogar die Rolle des Gonokokkus übernehmen. Bei einem Patienten, den ich vor zwei Jahren wegen einer eitrigten Gonitis behandelte, hatte ich — da auch eine eitrigte Urethritis vorlag — die Diagnose Gonorrhoe gestellt. Gonokokken liessen sich keine nachweisen. Im Urethralsekret und im Gelenkpunktat fand sich dagegen *Staphylococcus aureus haemolyticus*. Leider brachte ich den Mut nicht auf, die junge, sehr elegante, hochblonde Dame — welche den Junggesellen häufig besuchte — zu bitten, sich einer Untersuchung zu unterziehen. Ich konnte deshalb den Beweis nicht erbringen, dass sie im Vaginalsekret ebenfalls Staphylokokken beherbergte und dass man es mit einer neuen Geschlechtskrankheit zu tun hatte, verursacht durch einen altbekannten banalen Erreger, der keinen Respekt für die lehrbuchmässige Medizin mehr hat.

Als parainfektiöse Arthritis möchte ich die entzündlich rheumatischen Krankheitsbilder bezeichnen (Arthritis, Myalgie, Neuritis usw.), die nicht selten eine gut definierte Infektionskrankheit begleiten — z. B. die Ruhr, den Morbus Bang, die Angina, die Diphtherie usw. — bei denen aber keine Erreger im Gelenk nachweisbar sind. Im deutschen Sprachgebiet wird dafür häufig der Terminus «Rheumatoid» verwendet, der aber unzweckmässig erscheint, da die Angelsachsen die chronische Polyarthritis als «Rheumatoid Arthritis» (siehe Tab. 3) bezeichnen.

Hier verdient der berühmte Poncet-Rheumatismus, d. h. der nicht bazilläre Rheumatismus, der bei Tuberkulose beobachtet wird, eine kurze Erwähnung. Ich nehme an, dass heute auch Poncet damit einverstanden wäre, den Poncetschen Rheumatismus aus der medizinischen Terminologie zu streichen. Bei Tuberkulösen beobachtet man — abgesehen von der echten bazillären tuberkulösen Arthritis — zwei Formen von entzündlichem Rheumatismus: die Arthritis, die im Verlaufe von akuten tuberkulösen Schüben (evtl. zusammen mit Erythema nodosum) auftritt und welche eine parainfektiöse Arthritis — wie bei jeder anderen Infektionskrankheit — darstellt. Daneben findet man hier und da bei einer banalen chronischen Polyarthritis alte, meist inaktive tuberkulöse Lungensläsionen. Hier dürfte es sich um eine klassische chronische Polyarthritis handeln, die zufällig bei einem Träger von alten Tuberkuloseherden auftritt.

4. *Arthrosis deformans*

Tabelle 4

Arthrosis deformans

Synonyma

Latein:

Arthronosis deformans
Osteoarthritis deformans
Arthritis deformans (früher)
Arthropathia deformans

Deutsch:

Deformierende Arthrose
Arthronose

Französisch:

Arthrose (déformante)
Rhumatisme chronique dégénératif

Ostéoarthrite dégénérative
Polyarthrite sèche progressive
Arthrite sèche

Italienisch:

Osteoartrosi deformante
Artropatia cronica degenerativa
(deformante)
Artrite deformante

Englisch:

Osteoarthritis
Degenerative joint disease

Auf die 4. Hauptform der rheumatischen Leiden — die Arthrose — kann hier nicht näher eingegangen werden. Nur einige ganz kurze Bemerkungen seien mir gestattet:

Die Arthrose ist als Alters- bzw. Abnutzungserscheinung aufzufassen, deren erste symptomlose Spuren schon im zweiten Lebensdezennium anatomisch fassbar sind. Im vorgerückten Alter ist die Arthrose einigermaßen «physiologisch» und obligat. Nur in einem relativ geringen Prozentsatz wird sie zur Krankheit. Arthrotische Veränderungen findet der moderne Arzt, der sich die radiologische Diagnostik bei allerhand Erkrankungen gerne zunutze macht, sehr häufig. Man hüte sich davor, derartige zufällig erfasste radiologische Arthrosen ohne weiteres als Krankheit zu betrachten.

Es entspricht einer alltäglichen Erfahrung, dass die Nosologie keineswegs dem radiologischen Befund parallel geht. Große Beschwerden bei relativ geringen radiologischen Veränderungen und ganz symptomlose, mächtige radiologische Läsionen sind gang und gäbe.

Daraus erhellt, dass bei rheumatischen Beschwerden, die im vorgeschrittenen Alter auftreten, der Arzt die Pflicht hat, genau zu überlegen, ob die Symptome überhaupt Folgen der Arthrose sind. So wird auch nicht allzu selten eine Arthrose angenommen, dort, wo es sich um eine chronische Polyarthritiden handelt, die bei einem älteren — und deshalb arthrotisch gewordenen — Individuum aufgetreten ist.

Ebenso wichtig ist die folgende, noch nicht genügend beachtete Tatsache. Viele rheumatische Beschwerden bei der Ar-

throse sind nichts anderes als Manifestationen eines Weichteilrheumatismus, der durch die infolge der Arthrose veränderte Gelenkmechanik begünstigt wird. Im Vordergrund steht dann eine Periarthritis, eine Tendoperiostose, eine Zellulalgie. Die Behandlung soll in diesen Fällen derjenigen entsprechen, die beim Weichteilrheumatismus indiziert ist. Man suche bei jeder Arthrose nach derartigen Symptomen des Weichteilrheumatismus; sie sind auch die einzigen, die durch unsere Therapie beeinflussbar sind. Die Arthrose ist — demgegenüber — definitiv und durch nichts zu beheben oder auch nur zu beeinflussen.

5. Der Weichteilrheumatismus

Tabelle 5

Weichteilrheumatismus

Synonyma

Latein:

Fibrositis

Französisch:

Rhumatisme extra-articulaire
Rhumatisme des parties molles

Italienisch:

Reumatismo extra-articolare
Fibrosite

Englisch:

Fibrositis
Non-articular rheumatism

Die häufigste Form des Rheumatismus ist der Weichteilrheumatismus. Nahezu ausschliessliches Symptom des Weichteilrheumatismus ist der Schmerz von «rheumatischem Charakter». Bis auf die Fälle von Bursitis, Tendovaginitis und echter nodulärer Panniculitis entspricht dem Schmerz kein sicher fassbares anatomisches Substrat, obschon sich in der Literatur Mitteilungen über seltene biopsische Untersuchungen finden, die z. T. entzündliche Veränderungen im subkutanen Bindegewebe, den Sehnenansätzen, der Muskulatur usw. offenbarten. Dieser Umstand veranlasste 1953 Kersley, den Terminus «Fibrositis» durch die Bezeichnung PUO («pain of unknown origin») zu ersetzen.

Das klinische Bild ist äusserst polymorph entsprechend der Art des befallenen Gewebes und der topographischen Lokalisation der Schmerzpunkte. Es ergibt sich daraus eine Multiplizität der Bezeichnungen, welche in der nachfolgenden Tabelle 6 zusammengestellt sind.

Tabelle 6

Einteilung des Weichteilrheumatismus (Fibrositis)

- A. *Bursitis, Tendovaginitis*
- B. *Periarthritis humero-scapularis*
- C. *Epicondylitis radialis und ulnaris humeri*
- D. *Periarthritis coxae*
- E. *Periarthritis genus*
- F. *Fibrositis cervicalis et occipitalis*
- G. *Tendoperiostitis, Tendinose*
 - a) *Tendoperiostitis interspinosa*
 - b) *Periostitis costarum (Tietze-Syndrom)*
 - c) *Periostitis ilica (Spina und crista iliaca)*
 - d) *Tendoperiostose des Tuber ischiadicum*
 - e) *Tendoperiostose des os pubis und der Symphyse*
 - f) *Tendinose des Calcaneus*
- H. *Panniculose, Panniculalgie (Panniculitis, Cellulitis)*
- I. *Muskelrheumatismus (Myalgie, Myogelosen, Hartspann, sehr selten echte Myositis)*

Der Weichteilrheumatismus ist ein «Stiefkind» der Medizin, da er meistens nicht richtig gesucht und erfasst wird.

Voraussetzung für die richtige Beurteilung und Betreuung der Fälle von Weichteilrheumatismus sind die Beherrschung der «Kunst der Palpation» und das sorgfältige Suchen der «trigger points» (d. h. der «wunden Punkte»). Der Weichteilrheumatismus hat seine Prädilektionsstellen meist in Bursae oder Vaginae tendinum oder an Epicondylis oder in der Umgebung der Gelenke, an der Crista iliaca, an den Rippen, am Tuber ischiadicum, an der Symphyse, am Occiput. Der Punkt der

maximalen Druckempfindlichkeit ist oft sehr umschrieben: die Beschwerden sind aber meist viel ausgedehnter. Sie strahlen von dem «trigger point» aus, so z. B. von einer Periarthritis humero-scapularis bis zum Occiput hinauf, oder bis zu den Fingern hinunter. Bei einem derartig diffusen Beschwerdebild wird nur derjenige den «trigger point» finden, der weiss, wo dieser zu suchen ist und der systematisch die befallene Zone palpiert. Genaue Abgrenzung des «trigger point» ist aber Voraussetzung für die sachgemässe Behandlung, denn am «trigger point» muss katalplasmiert, massiert, diathermiert, eingerieben oder lokal eingespritzt werden.

Der Weichteilrheumatismus des Unterhautzellgewebes — die sog. Panniculagie oder Cellulalgie — hat auch ihre Prädilektionsstellen, wie sie die eidgenössische Rheumakommission in einer schematischen Zeichnung veranschaulicht hat. An den befallenen Stellen fühlt sich die Haut infiltriert an. Druck, Kneten und Klemmen erweisen sich daselbst als äusserst schmerzhaft. Dort muss die Behandlung appliziert werden. Viele sog. spondylarthrotische Symptome, viele Nierenschmerzen sind Panniculalgien, und sogar viele Bauchschmerzen sind Folge einer Panniculalgie im Bereiche der Bauchdecken.

Andererseits hüte man sich davor, die Diagnose Panniculalgie der Bauchdecken zu stellen, ohne durch eine adäquate Untersuchung eine viszerale Affektion ausgeschlossen zu haben.

Der Weichteilrheumatismus kann sehr verschiedene nosologische Bedeutung haben. Er ist oft eine harmlose Krankheitsmanifestation, die sich gelegentlich wenig von einem banalen Muskelkater unterscheidet. In anderen Fällen kann er mit starken, aber meist kurz dauernden Beschwerden und Invalidisierung einhergehen (man denke an gewisse heftige Formen der Periarthritis humeroscapularis). Für die Diagnose entscheidend ist die Tatsache, dass die Gelenke nicht befallen sind. Lokalisiert sich die Fibrositis in Gelenknähe, so wird sie noch allzuoft unrichtig gedeutet und die Erkrankung als Arthritis betrachtet. Das gilt namentlich für die Periarthritis des Schulter-, des Hüft- und des Kniegelenks. Nicht selten ist allerdings der

Weichteilrheumatismus Begleitsymptom eines artikulären Rheumatismus. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass bei der Arthrose die Beschwerden nicht selten Fibrositisbeschwerden sind (eine Tatsache, die in therapeutischer Hinsicht von grosser Bedeutung ist).

Der Weichteilrheumatismus tritt nicht selten als Aequivalent einer parainfektösen Arthritis (siehe oben) auf. Bei nicht befallenen Gelenken findet man im Verlaufe einer Infektionskrankheit (man denke u. a. auch an die Bornholmsche Krankheit) Symptome des Weichteilrheumatismus.

Es ist wichtig, daran zu denken, dass die Fibrositis auch das Aequivalent einer chronischen Polyarthritiden sein kann. Nicht allzu selten findet sich in der ersten Phase einer chronischen Polyarthritiden nur eine Polytendinose oder eine Periarthritis, später kommen Schwellungen in den kleinen Fingergelenken hinzu, zuletzt bietet sich das klassische schwere Bild der chronischen Polyarthritiden. In diesen Fällen kann der Weichteilrheumatismus mit SR-Beschleunigung, Blutbildveränderungen usw. einhergehen. Andererseits sind fibrositische Symptome bei chronischer Polyarthritiden relativ häufig.

Es muss noch auf die Tatsache hingewiesen werden, dass ziemlich häufig perennierende Formen des Weichteilrheumatismus, namentlich bei Frauen, an die therapeutische Kunst des Praktikers grösste Anforderungen stellen. Oft handelt es sich dabei um okzipito-zervikale Syndrome mit starken und hartnäckigen Kopfschmerzen. In diesen Fällen sind wahrscheinlich psychische Faktoren im Spiele, und es ist nicht verwunderlich, dass in allerletzter Zeit für diese Manifestationen des Rheumatismus gerade das Librium empfohlen und z. T. mit Erfolg angewendet wurde.

B. Seltene gut charakterisierte Formen des Rheumatismus

(Tab. 1, B)

Es kann hier auf die einzelnen in Tab. 1 B zusammengestellten Formen des Rheumatismus nicht eingegangen werden, deren viele vor allem Seltenheitswert haben.

Wichtig ist es, dass neben den Hauptformen des Rheumatismus immer wieder an zwei rheumatische Erkrankungen gedacht werden muss, die fast ausschliesslich den Mann befallen:

1. Die Spondylarthritis ankylopoietica (Bechterew) (Tab. 1, B, b, 1).
2. Die Gicht (Tab. 1, B, c, 1).

Beide Erkrankungen sind nicht sehr häufig sie sind aber nicht derart selten, um es zu rechtfertigen, dass ihnen bei der Differentialdiagnose der rheumatischen Leiden eine allzu kleine Bedeutung beigegeben wird. Sie gehören in die Gruppe der Diagnosen, die man relativ oft verfehlt.

1. Die Spondylarthritis ankylopoietica

Tabelle 7

Spondylarthritis ankylopoietica Synonyma

Latein:

Spondylitis ankylopoietica
Morbus Bechterew
Morbus Pierre-Marie — Strümpell —
Bechterew

Französisch:

Spondylarthritis ankylosante
Spondylose rhizomélitique
Maladie de Pierre-Marie — Strümpell
— Bechterew
Pelvi-spondylite rhumatismale ossifiante

Italienisch:

Spondilite anchilosante
Spondiloarthritis anchilopoietica
Spondilosi rizomelica
Malattia di Bechterew, Strümpell e Marie

Englisch:

Rheumatoid spondylitis
Ankylosing spondylitis

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass sich unsere Kenntnisse über die Klinik des Morbus Bechterew in den letzten Jahren wesentlich bereichert haben. Die lehrbuchmässige Vorstellung, wonach der Morbus Bechterew mit der bambusstabartig ankylosierten, praktisch unbeweglichen Wirbelsäule und den entsprechenden mächtigen radiologischen Veränderungen bei Män-

nern im vorgerückten Alter assoziiert wird, muss revidiert werden. Wir haben gelernt, dass der Morbus Bechterew nicht eine grosse Seltenheit darstellt und dass er den Mann schon im jugendlichen, namentlich im militärdiensttauglichen Alter befällt, wobei allerdings die Symptome in den Frühstadien des Leidens keineswegs ein eindeutiges radiologisches Substrat besitzen. Der «Bambusstab» ist jedenfalls das Endstadium einer langjährigen Erkrankung. Im Beginn finden sich nur «banale» rheumatische Beschwerden: Kreuzschmerzen, Lumbago, Ischialgien, Gelenkschmerzen. Nicht selten sind es gürtelförmige Schmerzen im Bereich des Thorax oder auch des Abdomens, welche den Verdacht auf Lungen-, Herz- oder auch Baueingeweideaffektionen aufkommen lassen können. Die Beschwerden treten oft in Schüben auf. Für die Diagnose sind folgende Kriterien von Belang:

- a) die ausgesprochene Steifigkeit der Wirbelsäule, oft auch nur von einzelnen Abschnitten der Wirbelsäule;
- b) das gleichzeitige Vorliegen von Allgemeinsymptomen: Müdigkeit, ausgesprochene neurovegetative Dystonie, Appetitlosigkeit und Abmagerung, entzündliche Symptome (SR-Beschleunigung, Dysproteïnämie, Blutbildveränderungen), evtl. eine leichte Anämie;
- c) die Tatsache, dass der Patient eine länger dauernde Immobilisierung (z. B. Gipskorsett) sehr schlecht erträgt, da sie die Schmerzen und die Invalidisierung erheblich steigert;
- d) finden sich eine Achillodynie bzw. ein ausgesprochener Fersenschmerz oder eine Iridocyclitis, so gewinnt die Diagnose «Morbus Bechterew» an Wahrscheinlichkeit.

Monate- und sogar jahrelang kann die Krankheit ein derartig uncharakteristisches klinisches Bild aufweisen. Die diagnostisch beweisenden radiologischen Kriterien treten erst später auf, wobei der bilateralen Ankylosierung der Ileosakralgelenke die Bedeutung des wichtigsten radiologischen Frühsymptoms zukommt.

Diese neuen klinischen Erfahrungen sind von grösster praktischer Bedeutung:

sie gestatten, eine Behandlung schon vor dem Auftreten definitiver invalidisierender Läsionen (Ankylosen) einzuleiten. Nicht selten kann das Leiden in dem prä-radiologischen bzw. im frühen radiologischen Stadium zum Stillstand kommen. Es ergibt sich daraus, dass der Morbus Bechterew viel häufiger ist, als man es sich in einer Aera hätte vorstellen können, in der man die Diagnose vorwiegend auf den klassischen Aspekt des «Bambusstabes» stützte.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass Aortenklappenfehler bei Morbus Bechterew relativ häufig sind. Ich behandelte vor kurzem einen 64jährigen Mann mit «Bambusstab» (als Endläsion eines jahrzehntelang bestehenden Morbus Bechterew) wegen einer schweren Aorteninsuffizienz mit Cor bovinum, welcher der Patient nach einem Jahr erlag. Der Herzfehler war schon viele Jahre zuvor festgestellt worden.

Der Morbus Bechterew wurde und wird von einigen Autoren als eine Spezialform der chronischen Polyarthrits betrachtet, mit der er den chronisch-schubweisen, invalidisierenden Verlauf, den entzündlichen Charakter und das nicht seltene Befallen sein auch peripherer und sogar der kleinen distalen Gelenke gemeinsam hat. Andere Rheumatologen bekämpfen diese These, wobei sie sich in letzter Zeit namentlich auf das Verhalten der serologischen Tests beziehen: bei Morbus Bechterew ist der Rheumafaktor meist negativ. Es sind aber auch seropositive Fälle beschrieben worden, bei denen allerdings meist auch periphere Gelenke mitbetroffen sind. Für derartige Situationen wurde die Bereicherung «Bechterewoide Polyarthrits» vorgeschlagen: eine Terminologie, auf die man verzichten sollte, solange man über Natur, Aetiologie und Pathogenese des Morbus Bechterew wie auch der chronischen Polyarthrits so wenig weiss.

2. Die Gicht

Die Gicht kann hier nicht eingehend erörtert werden. Sie wird aber gesondert erwähnt, da es wichtig ist, dass bei jedem artikulären Rheumatismus des Mannes die Arthritis urica differentialdiagnostisch berücksichtigt wird und dass namentlich im-

mer nach Tophi (an den Ohrmuscheln, in der Umgebung von Gelenken und von Bursae usw.) gesucht wird. Dies gilt namentlich für die chronischen Stadien der Gicht, bei denen invalidisierende Deformationen zahlreicher Gelenke vorhanden sein können, die sich nicht immer leicht von denjenigen der chronischen Polyarthritiden unterscheiden lassen.

C. Einige wenige diagnostische Winke von grundsätzlicher Bedeutung

- a) Bevor die Diagnose «Rheumatisches Leiden» gestellt wird, schliesse man den «Pseudorheumatismus» aus, d. h.:
1. die durch viszerale Leiden hervorgerufenen Schmerzen (Myokardinfarkt, Pleuritis, Pneumonie, Peritonitis, gynäkologisches Leiden, Nierensteine, Karzinom usw.);
 2. die als Manifestation einer Knochenkrankung auftretenden Schmerzen: Osteoporose, Osteomalazie und Rachitis, Hyperparathyreoidismus, Morbus Paget, Osteomyelitis, Knochentumoren (insbesondere Tumormetastasen, Myelom, selten Leukämie).

b) Man denke an die Möglichkeit, dass ein echtes rheumatisches Leiden (Weichteilrheumatismus, akute und chronische Arthritis, Kollagenose) das Alarm- oder Begleitsymptom eines schweren Grundleidens (Karzinom, Hämoblastose, Tuberkulose usw.) sein kann.

c) Man werde ein «Knötchenfanatiker». Man suche:

1. rheumatische (Meynertsche) Knötchen bei akutem Gelenkrheumatismus und chronischer Polyarthritiden;
2. Heberdensche Knötchen (distale Interphalangealgelenke) und selten Bouchardsche Knötchen (proximale Interphalangealgelenke) bei Arthrose;
3. Tophi (Gicht);
4. subkutane Knötchen bei nodulärer Panniculitis und Lipomatosis dolorosa;
5. subkutane und kutane Knötchen bei Periarteriitis nodosa.

Adresse des Autors: Prof. G. Riva, Medizinische Abteilung des Tiefenauspiitals, Bern.

Das projektierte Nachbehandlungszentrum der SUVA in Bellikon

Die Mittel- und Schwerinvaliden in der Schweiz richtig zu rehabilitieren, war bis heute nur mangelhaft gegeben. Obwohl Möglichkeiten zur Wiedereingliederung bestehen, fehlen die grossen Zentren, wo eine umfassende Nachbehandlung durchgeführt werden kann. Dass solche Zentren wichtig sind, beweist die Tatsache, dass für eine funktionelle Wiedereingliederung ein grosser Stab von Diagnostikern und Therapeuten der verschiedensten Richtungen nötig sind. Die Differenzierung wird zweifellos noch weiter zunehmen. Dass diese Zentren nur einen Teil, wohl aber einen grossen Teil der ganzen Nachbehandlung ausmachen, versteht sich am Rande. Die Erfahrung hat gezeigt, dass aus psycholo-

gischen, soziologischen und auch wirtschaftlichen Gründen eine Hospitalisierung, die bis zum optimalen Erfolg andauert, nicht möglich ist. Auch die Rehabilitation von Unfallverehrten kann unter Umständen Jahre dauern. Nach wie vor ist eine fachgerechte Rehabilitationsmöglichkeit am Wohnort oder in nächster Nähe des Patienten notwendig.

An der Presseorientierung vom 2. September 1965 in Bellikon definierte der Direktor der SUVA, Herr Prof. Dr. med. F. Lang die Aufgaben und Bedürfnisse des Zentrum wie folgt: Die SUVA führt in den ihr kraft Gesetz und Verordnung unterstellten Betrieben bei den Arbeitnehmern die obligatorische Versicherung für Be-