

Die moderne Therapie der chronischen Polyarthrititis mit Gold, Cortison und ACTH

Autor(en): **Schäfer**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1954)**

Heft 136

PDF erstellt am: **21.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930914>

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.

Die moderne Therapie der chronischen Polyarthrititis mit Gold, Cortison und ACTH.

Von Dr. med. Schäfer
Chefarzt Stadtspital Zürich

Vortrag anlässlich der Generalversammlung der Sektion Zürich

Wenn wir auch heute noch nicht genau wissen, was Rheumatismus ist, so können wir doch sagen, dass wir auf dem Wege der Erkenntnis auch auf diesem Gebiet der Medizin in den letzten Jahren ein schönes Stück zurückgelegt haben. Und mehr oder weniger parallel dazu zeigte auch die Behandlung Fortschritte, was ja schliesslich das Ziel des ärztlichen Erkennens und Handelns ist. Ich möchte mich deshalb mit Ihnen ein wenig über chronische Polyarthrititis, den chronischen Gelenkrheumatismus, und im besonderen über dessen Behandlung unterhalten, wie dies im Titel meines Vortrages angekündigt ist.

Zuerst möchte ich einige Worte darüber sagen, was der chronische Gelenkrheumatismus, d. h. die chronische Polyarthrititis nach der jetzt geltenden Namengebung, überhaupt ist, und was er nicht ist. Auf alle Fälle ist er nicht das, was man unter Laien als Arthritis und unter Aerzten als Arthrose oder Arthronose bezeichnet; d. h. Schmerzen in Knien, Hüften und anderen Gelenken, die mehr durch Abnützung des Knorpels und reaktive Knochenwucherung entstehen, wovon letztere man im Röntgenbild als oft abstruse Zacken sieht. Es fehlen wesentliche Entzündungserscheinungen, z. B. ist die Blutsenkung im Gegensatz zur Polyarthrititis meist niedrig. Definitionsgemäss versteht man unter Polyarthrititis eine schmerzhafteste, meist schleichend auftretende, ziemlich symmetrische Schwellung verschiedener Gelenke, vor allem der Finger-, Zehen-, Hand- und Fussgelenke, die sich auch auf die körperlichen Gelenke ausbreiten kann, wobei es in den Endstadien zu einer vollständigen Versteifung aller Gelenke kommen kann. Sekundär können auch die Wirbelgelenke befallen werden. Interessant ist es, dass 3 mal so viel Frauen befallen werden wie Män-

ner; der Beginn ist oft sehr schleichend, oft akuter. Von dieser sogenannten primärchronischen Polyarthrititis unterscheidet man die sekundär-chronische Polyarthrititis, die sich aus einem akuten Gelenkrheumatismus entwickelt. Diese früher sehr häufige Krankheit ist zum mindesten bei uns äusserst selten geworden, wohl als Folge der modernen Behandlung der Angina, denn diese ist sehr häufig der Ausgangspunkt der ganzen rheumatischen Erkrankung. Der akute Gelenkrheumatismus ist vorwiegend eine Erkrankung bei Jugendlichen, während der chronische das Alter bevorzugt — bei der Frau besonders nach Erlöschen der Menstruation.

Wir verdanken besonders amerikanischen Armee-Aerzten Untersuchungen über das Auftreten des akuten Gelenkrheumatismus bei Soldaten. Diese fanden als Eintrittspforte regelmässig eine Hals-erkrankung mit einer speziellen Art von Bakterien, den haemolytischen Streptokokken, die z. B. eine Grosszahl der ansteckenden Nasen-, Rachen- und Mandelentzündungen verursachen, wie sie z. B. in einer militärischen Einheit epidemisch in grosser Zahl vorkommen können. Eine einmalige Infektion führt dabei in der Regel nicht zu einem Gelenkrheumatismus, sondern erst eine wiederholte. Es kommt also zu einer Veränderung der Empfindlichkeit des Körpers, wie wir dies ja auch bei sogenannt allergischen Reaktionen, z. B. nach Injektion eines Serums, sehen, wo erst eine 2. oder spätere Injektion zu Reaktionen des Körpers führt. Aber auch nicht alle Personen, die an einer wiederholten Streptokokken-Erkrankung leiden, zeigen zwangsläufig eine Gelenkentzündung als Komplikation. Es braucht anscheinend dazu eine vererbte Disposition, besondere meteorologische Bedingungen

Durch den oben schon erwähnten *Thorn-Test*, d. h. die Kontrolle der fehlenden oder vorhandenen Verminderung der eosinophilen Blutzellen nach Einspritzung von ACTH. Tritt keine solche Verminderung ein, so kann ACTH nicht, wohl aber Cortison therapeutisch verwendet werden.

Damit kennen wir nun schon den Mechanismus der Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus mit ACTH oder Cortison. Nun interessiert es Sie aber, von mir über die Art der Behandlung und ihre Erfolge selbst zu hören. Die Medikamente werden injiziert, oder das Cortison als Tabletten eingenommen. Eine neuere Form der Cortison-Behandlung ist die Injection von Hydro-Cortison direkt in die erkrankten Gelenke.

Leider ist zu sagen, dass trotz der anfänglich sehr grossen Erwartungen die Dauererfolge nicht den Hoffnungen entsprechen. Wohl gelingt es in vielen Fällen, recht weitgehende Besserungen zu erzielen. Immerhin habe ich nie diese fast ans Wunder grenzenden «Heilungen» gesehen, wie sie uns aus Amerika von Hench und andern berichtet worden waren. Leider gelingt es jedoch in vielen Fällen nicht, die anfängliche Besserung zu erhalten, indem entweder nach Absetzen des Medikamentes ein Rückfall eintritt, der oft über die ursprüngliche Ausgangslage hinaus-schwingt und nach der vorübergehenden Besserung auch psychisch schwer zu ertragen ist. Da die Patienten oft während der Hormonkur sehr euphorisch sind, d. h. alles durch eine rosa Brille sehen, neigen sie auch in dieser Beziehung zu einem Rückfall, d. h. sie werden nun depressiv und sehen alles nur noch schwarz. Diese Situation ist dann für Arzt und Patient doppelt schwer zu überstehen, und ich weiss von Patienten, die ihrem Arzt, dem sie jahrelang die Treue gehalten hatten, in diesem Moment die Gefolgschaft versagten.

In vielen Fällen lässt sich die erzielte Besserung durch kleine Dosen eines der beiden Hormone, wobei oft auch gewechselt wird, mehr oder weniger erhalten. Obwohl die Preise dank der nun möglichen chemischen Herstellung dieser Hormone

stark zurückgegangen sind, ist dies immer noch eine sehr teure Behandlung.

Das Haupthindernis gegen eine solche generelle Hormonbehandlung der chronischen Polyarthrites stellt jedoch die Häufigkeit von unangenehmen bis gefährlichen Nebenwirkungen dar. Es kann zur Verminderung der Wasserausscheidung kommen, eine Störung in der Verteilung der Blutsalze kann sich einstellen. Vor allem ist die Narbenbildung unter Hormonbehandlung verschlechtert, ja es kann zu gefährlichen Zwischenfällen, wie Durchbruch eines Magengeschwürs kommen, ohne dass der Patient etwas davon verspürt. Besonders gefährdet sind Tuberkulöse; ihre Lungenkrankheit kann sich wesentlich verschlechtern.

Bedingung einer solchen Behandlung mit Cortison oder ACTH ist also eine genaue ärztliche Ueberwachung, wobei der Arzt trachten wird, mit so kleinen Dosen wie möglich auszukommen, bei welchen der Patient nicht schmerzfrei wird, sondern in einem Zustand sich befindet, in welchem die Schmerzen gut erträglich sind.

Wenn wir diesen Ueberblick betrachten, so begreifen wir, dass die vor der Hormonbehandlung gebräuchliche Kur mit Goldsalzen auch heute ihre Bedeutung nicht verloren hat. Diese verdankt ihre Propagierung in Frankreich Dr. Forestier in Aix-les-Bains, und in Dänemark Knud Secher. Man kann sagen, dass erst von diesem Moment an eine einigermaßen wirksame Behandlung möglich wurde. Wohl konnte vielen Patienten eine wenigstens vorübergehende Erleichterung mit den früher bekannten Mitteln gebracht werden, wobei die Schmerzstillung mit Salicyl- und Pyramidon-Präparaten immer eine bedeutsame Rolle spielte und auch heute noch spielt. Die Ihnen sicher bekannten Mittel der Firma Geigy «Irgapyrin» und dessen Bestandteil, das Butazolidin sind besonders wirksame neue Waffen im Kampf gegen den Schmerz und die dadurch verursachte Bewegungsbehinderung. Die physikalische Therapie spielt mehr die Rolle einer lokalen Unterstützung einer der oben erwähnten Allgemein-

und event. weitere noch unbekannte Faktoren.

Die grosse Frage ist nun, ob der *chronische* Gelenkrheumatismus in Parallele zum *akuten* gesetzt werden kann, die Ansichten darüber sind noch sehr geteilt. Immerhin bestehen starke Indizien dafür, dass auch bei diesem mindestens zu Beginn haemolytische Streptokokken ursächlich eine Rolle spielen. Man findet bei einer Grosszahl dieser Kranken eine positive Agglutination auf Streptokokken.

Ein amerikanischer Arzt, Selye, hat die Lehre von der sogenannten Adaptationskrankheit nach einem «Stress» aufgestellt, die, wie wir später sehen werden, bei der ebenfalls Einblicke in die Wirkung dieser Behandlung mit ACTH und Cortison uns Medikamente gibt. Ein «Stress» ist eine von aussen oder event. auch von innen kommende schädigende Einwirkung, z. B. Ermüdung, Unterernährung, Hitze, Kälte, Gifte wie Morphium oder Alkohol, Röntgenstrahlen oder Wut oder Angst. Diese löst im Körper einen Abwehrmechanismus aus. Die erste Phase derselben nennt Selye *Alarmreaktion*. Sie kann folgende Erscheinungen machen: Blutdruck- und Temperaturabfall, Veränderung in der Zusammensetzung der Salze im Blut und in den Körperzellen, Vermehrung der sogenannten eosinophilen, d. h. rotgefärbten weissen Blutkörperchen, und was Sie speziell interessieren dürfte: eine Erschlaffung der Muskulatur, nicht nur einzelner Muskeln wie z. B. bei einer Ischias.

Es folgt darauf als zweite, mehr oder weniger erfolgreiche Phase das *Stadium der Resistenz*, in welchem die oben erwähnten Erscheinungen sich teilweise oder ganz wieder rückbilden. Wo es nicht zur Ausheilung, sondern zur Erlahmung der Abwehrkräfte des Körpers kommt, verstärken sich in der sogenannten *Erschöpfungsphase* diese krankhaften Erscheinungen wieder.

Die Abwehrreaktion des Körpers wird durch Hormone der Nebennierenrinde ausgelöst, von denen das Cortison das bekannteste und wichtigste ist. Da es in den Zuckerstoffwechsel eingreift, wird es auf gut Deutsch S = Zucker-Hormon oder

Glukocortoid genannt, im Gegensatz zu seinem Widersacher, dem M = Mineral-Hormon, dessen schweizerischen, fabrikmässig hergestellten Vertreter, das Percorten der Ciba, Sie sicher dem Namen nach kennen. Es gelingt z. B. bei Tieren, mit Percorten eine Krankheit hervorzurufen, die dem menschlichen Gelenkrheumatismus zum mindesten sehr gleicht, wenn nicht mit ihm identisch ist.

Das Cortison hemmt hingegen die entzündlichen Erscheinungen beim Rheumakranken, wobei wir eine Reduktion der Bindegewebsproduktion finden und auch die allergischen Reaktionen, z. B. beim Lungenasthma. Im Blut vermindert sich die Zahl der eosinophilen weissen Blutkörperchen und der Lymphocyten, einer anderen Art derselben. Unter dem Namen Thorn-Test wird das Ausmass der Eosinophilen-Verminderung als Masstab der Cortison-Wirkung in der Medizin gebraucht.

Nun ist aber die Nebennierenrinde nicht das erste Organ in der «Stress»-Bekämpfung. Sie wird selbst aktiviert, d. h. zur Produktion von Cortison angeregt, durch die Wirkung eines andern Hormons, des ACTH, d. h. des adrenocorticotropen Hormons der Hypophyse. Diese produziert ja trotz ihrer Kleinheit eine Unmenge von Hormonen, die ihrerseits wieder andere Drüsen steuern, wie im oben erwähnten Fall die Nebennierenrinde, die aber unter anderem Hormoneinfluss auch statt des Cortisons dessen Antagonisten, das Percorten produzieren kann. Sie sehen daraus, wie unser Körper durch unendlich kleine Mengen von Hormonen, die kettenartig ineinandergreifen, in seinen Reaktionen gesteuert wird.

In Fällen, wo die Nebennierenrinde noch im Stande ist, auf das ACTH mit der Produktion von Cortison zu reagieren, kann statt des Cortisons ebensogut das ACTH zur Behandlung gebraucht werden, ja noch besser, weil bei sehr langer Einverleibung von Cortison die Nebennierenrinde wie die Muskeln eines ruhiggestellten Beins atrophiert und nachher nicht mehr im Stande ist, selbst Cortison zu produzieren. Wie kann man nun beurteilen, ob die Nebennierenrinde noch funktionstüchtig ist?

behandlungen. Vor allem muss man sich vor der kritiklosen Anwendung von Allgemeinbehandlungen hüten, die in akuterer Phasen eine schwere Verschlimmerung verursachen können. Ich denke hier besonders an Badekuren. Immer wieder sehe ich Leute, die nach einer Badekur, sei sie nun in der Schweiz oder in Italien, eine deutliche Aktivierung der Beschwerden erfahren. Ich erinnere mich noch einer Patientin, die ich als Assistent im Institut für physikalische Therapie sah, die nach einem einzigen Schwefelbad einen gewaltigen Anstieg der Senkungsreaktion mit entsprechender Verschlimmerung des klinischen Bildes zeigte.

Sie werden mir natürlich sofort andere Patienten nennen können, die immer wieder durch eine Badekur eine gewisse Besserung erfahren. Dies sind eben Patienten, die sich nicht mehr in einer solch akuten Phase befinden. Ja, der Patient mit einer chronischen Polyarthrititis kann oft gar nicht mehr an seiner ursprünglichen Krankheit, sondern an einer sogenannten sekundären Arthronose leiden, und bei dieser können Sie eine sehr aktive Therapie wagen, ohne dass dadurch wieder ein Schub der Arthritis ausgelöst wird. Leider sind oft speziell die Patienten zu Beginn der Erkrankung ausserordentlich empfindlich, und oft sind es gerade diese, die ohne einen Arzt eine Badekur durchführen und statt der erhofften Erleichterung eine deutliche Aktivierung des Prozesses erleben.

Die *Goldbehandlung* besteht in sich wiederholenden Injektionen von Goldsalzen, wobei die Dosierung dem einzelnen Fall anzupassen ist. Man beginnt mit kleinen Dosen, um die Empfindlichkeit des Patienten zu prüfen. Denn auch die Goldbehandlung ist nicht ohne Gefahren: sehr häufig geben uns die Patienten am Tage der Injektion oder am folgenden vermehrte Schmerzen an, die jedoch praktisch immer wieder abklingen. Bedeutsamer sind die Komplikationen von Seiten der Nieren, des Knochenmarkes und der Haut. Deshalb müssen Urin, Zahl der weissen Blutkörperchen und die Haut ständig kontrolliert werden. Besonders die Hautreaktionen

sind sehr gefürchtet, und oft kann eine begonnene Goldkur deswegen nicht weitergeführt werden. Seitdem wir jedoch ein von den Engländern während des Krieges gefundenes Mittel besitzen, das zur Behandlung von mit Senfgas vergifteten Soldaten hätte dienen sollen, und das Schwermetalle, zu denen auch das Gold gehört, aus dem menschlichen Körper entfernt, ist die Gefahr aller dieser Komplikationen wesentlich kleiner geworden. — Weniger toxisch, aber auch weniger wirksam sind im allgemeinen Kupfersalze.

Erika Fischer hat unter Prof. Böni die Resultate der Goldbehandlungen im Institut für physikalische Therapie bei chronischer Polyarthrititis nachkontrolliert. $\frac{1}{3}$ aller Behandelten zeigten wesentliche Besserung, bei Frühfällen ist die Zahl der wesentlichen Besserungen sehr viel höher und beträgt 78⁰%. Darauf muss man folgern, dass keine Zeit mit andern Behandlungen verloren werden soll, um die Chancen der Goldbehandlung nicht zu verschlechtern. Immer ist jedoch die Behandlung langdauernd, und der Arzt und der Patient müssen sich dessen bewusst sein, um nicht entmutigt zu werden. Wenn auch die Resultate nicht brillant sind, so sind sie bei frühem Behandlungsbeginn als gut zu bezeichnen, wenn man sich der Schwere der Krankheit ohne Behandlung mit ihrem fast zwangsläufigen Fortschreiten zur Vollinvalidität erinnert.

Ich möchte aber meinen Vortrag nicht schliessen, ohne die Wichtigkeit Ihrer Tätigkeit im Kampf gegen diese Krankheit zu erwähnen. Wenn ich auch vor intensiven Allgemeinprozeduren gewarnt habe, so muss auf der andern Seite die Wichtigkeit von gutgewählten lokalen Applikationen und der Massage in Verbindung mit ständigen Bewegungsübungen betont werden, damit keine vermeidbare Versteifung eintritt. Auch hier gilt es jedoch, den goldenen Mittelweg zwischen zu viel und zu wenig zu finden. Und ich möchte Ihnen sagen, wie sehr wir Aerzte, die gegen diese schreckliche Krankheit kämpfen, die Hilfe von gut ausgebildeten, pflichtbewussten Physiopraktikern und Physiopraktikerinnen brauchen, sie schätzen.