

Zeitschrift:	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	- (1967)
Heft:	213
Artikel:	Rheumatoide Schmerzen bei Knochenkrankheiten
Autor:	Wernly, M.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-929840

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.02.2026

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

Der Physiotherapeut

Le Physiothérapeute

Nr. 213

April 1967

Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich anerkannter Physiotherapeuten
Bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes

Erscheint 2-monatlich

INHALT: Rheumatoide Schmerzen bei Knochenkrankheiten — Fortbildungskurs für die Behandlung der Amputierten — Les tendomyoses

Rheumatoide Schmerzen bei Knochenkrankheiten

von PD Dr. med. M. Wernly, Bern

Das mir aufgetragene Thema umfasst ein klar umschriebenes differentialdiagnostisches Problem. Es gilt, aus der grossen Zahl schmerzhafter Erkrankungen des Bewegungsapparates die wenigen, welche auf Knochenkrankheit beruhen, herauszugreifen, um sie vor der Fehldiagnose und vor dem Untergang im Heer rheumatischer Affektionen zu bewahren. Es seien zunächst die Möglichkeiten der klinischen Differenzierung der beiden Krankheitsgruppen untersucht.

Schmerzcharakter

Bei der rheumatischen Polyarthritis, die oft mit subfebriler Temperatur einhergeht, schliesst der Gelenkschmerz ein Gefühl der Hitze und des Wundseins in sich, gelegentlich auch die eigenartige Empfindung eines von innen nach aussen drängenden Druckes. Dies sind die einzigen Schmerzqualitäten, welche unter Umständen eine Unterscheidung rheumatischer Gelenkschmerzen von Schmerzen anderer Genese am Bewegungsapparat erlauben. Im übrigen sind die Gelenkschmerzen entzündlicher oder degenerativer Genese und Schmerzen infolge Skelettaffektion weitgehend identisch. Stets sind sie im Anfang dumpf und unbestimmt, werden mit zunehmender Intensität bohrend bis perforierend und erreichen in schweren Fällen nahezu unerträgliche Vehemenz.

Eine einzige Schmerzart weist vielleicht für Skeletterleiden eine gewisse Spezifität auf. Es ist dies der höchste Grad des zerstörenden Schmerzes, der bei schweren

Skelettaffektionen, so bei schwerer Osteomalacie, v. Recklinghausenscher Knochenkrankheit, multiplem Myelom und metastatischer Skelettkarzinomatose beobachtet wird. Der Kranke liegt hier bewegungslos im Bett und empfindet einen Schmerz, der Tag und Nacht unvermindert anhält. Bis zur Unerträglichkeit steigert sich dieser Schmerz hauptsächlich in der Nacht. Alte französische Autoren sprachen von diesen nächtlichen Schmerzen als von «douleurs ostéocopes»: Schmerzen, als ob man die Glieder abhacken würde. Der Tag und Nacht anhaltende Schmerz kann u. U. auch einmal bei einer weniger schwerwiegenden Skeletterkrankung vorhanden sein und zur Abgrenzung gegenüber einem Gelenkleiden dienen.

Auch Gelenkleiden und vor allem die Spondylarthrose und Osteochondrose der Wirbelsäule können sehr heftige und hartnäckige Schmerzen verursachen, die aber kaum je Tag und Nacht unvermindert anhalten. Meist gelingt es dem Kranken doch, eine schmerzfreie Lage im Bett zu finden, oder er fühlt sich ausserhalb des Bettes wohler als im Liegen. Auch findet er auf einem harten Stuhl gelegentlich Erleichterung, während er vorher fälschlicherweise und ohne Erfolg auf weichen Polstern Linderung suchte.

Hierzu in strengem Gegensatz steht der permanente, Tag und Nacht in jeder Körperlage anhaltende Schmerz. Er ist bei Lokalisation in der Lumbalregion oder im Becken stets auf Osteomalacie, Morbus Recklinghausen, primären Knochentumor

oder auf metastatische Skelettkarzinomatose verdächtig. Man hüte sich daher, hier zu lange symptomatisch im Sinne einer Lumbago zu behandeln und untersuche bei einer Frau von vornherein die Mamma auf Mammakarzinom, beim Mann die Prostata auf Prostatakarzinom, und bei beiden Geschlechtern suche man nach den Karzinomen der Schilddrüse, der Nieren, der Bronchien und nach dem multiplen Myelom. Vor allem warte man aber nicht zu lange mit der Herstellung eines Röntgenbildes, das meist schlagartig den richtigen Sachverhalt aufdeckt.

Schwerste Schmerzen bei Skeletterkrankungen weisen eine weitere Eigenheit auf, die mit dem Stoffwechsel des Knochengebutes in Zusammenhang steht und in ähnlicher Weise daher bei Gelenkleiden nie beobachtet wird. Wenn bei v. Recklinghausenscher Knochenkrankheit die ätiologische Heilung durch Exstirpation des verantwortlichen Parathyreidea - Adenoms stattfindet, dann können unerträglich heftigste Knochenschmerzen in zwei bis drei Tagen oder gelegentlich sogar innerhalb weniger Stunden verschwinden. Ähnliches wird mitunter beobachtet, wenn eine schwere D-Mangel-Osteomalacie erstmals Vitamin D erhält oder wenn bei metastatischer Skelettkarzinomatose infolge Mamma- oder Prostatakarzinom das wirksame Sexualhormon erstmals verabfolgt wird. Der Schmerz hört somit auf, bevor eine anatomische Heilung der Knochenläsion zeitlich denkbar ist. Der Schmerz ist also nicht durch die mechanische Störung des Knochengefuges bedingt, es handelt sich vielmehr um einen stoffwechselartigen, lage- und bewegungs-unabhängigen Schmerz. Die Heilung durch ätiologische Therapie würde somit nicht durch Wiederherstellung der anatomischen Struktur herbeigeführt, sondern durch das Aufhören der Kalkberaubung oder, wie dies auch anders ausgedrückt wurde, durch die Umkehr des vom Knochengewebe in das Blut und von dort in die Ausscheidungsorgane fliessenden Kalkstromes. Es ist ohne weiteres klar, dass dieser Stoffwechselschmerz einen Tag- und Nachtrhythmus nicht kennt, sondern Tag und Nacht unvermindert anhält. Sein Vorhandensein spricht daher im Zweifelsfalle unbedingt für eine Skelett-

erkrankung und gegen ein rheumatisches Leiden.

Die Spezifität des therapeutischen Mechanismus bei Stoffwechselleiden des Skelettes kann auch zu differentialdiagnostischem Zwecke verwendet werden. Nehmen wir das Beispiel des Prostatakarzinoms mit metastatischer Skelettkarzinomatose. Das weibliche Sexualhormon bringt hier in der Regel innerhalb von ein bis drei Tagen eine sehr merkliche Schmerzlinderung. Umgekehrt führt männliches Sexualhormon zur heftigen Schmerzexazerbation. Diese Heilung resp. Exazerbation kann auch biochemisch verfolgt werden. Im Falle der Heilung gehen nämlich die nahezu regelmässig vorhandene Hyperkalziurie und die Erhöhung der sauren Serumphosphatase zur Norm zurück, im Falle der Exazerbation aber steigen beide Zahlen auf noch höher pathologische Werte an. Es ist dies ein praktisch sehr verwertbares Beispiel einer probatorischen Therapie zum Zwecke der Diagnose.

Schmerzausstrahlungen

Sie finden sich bei allen schmerhaften Erkrankungen des Bewegungsapparates. Zum Teil handelt es sich um echt radikuläre Schmerzen, wie beim radikulären Halswirbel- und Lendenwirbelsäulensyndrom. Zum anderen Teil liegen viszerosensorische Reflexe vor, wie bei der allgemein bekannten Schmerzausstrahlung der Coxitis oder Coxarthrose in das Kniegelenk. Aber auch Erkrankungen des Knochens können Schmerzausstrahlungen bewirken.

Ein wenig bekanntes Beispiel dieser Art ist das sog. Osteoidosteom, ein meist sehr kleiner, höchstens 1 cm messender, gutartiger Knochentumor, der trotz seiner Kleinheit oft während Monaten bis zu zehn Jahren neuralgische Schmerzen irritierendster Art hervorrufen kann. Seine Hauptlokalisation sind das Becken und die Corticalis der unteren Extremität. Häufig werden hier Schmerzausstrahlungen von der Extremitätenwurzel bis in den Fuss beobachtet. Der Tumor kann mitunter durch die Feststellung eines Punktschmerzes schon klinisch lokalisiert werden. Vollständige Exstirpation führt zum sofortigen Verschwinden sämtlicher Schmerzen, selbst

dann, wenn diese schon jahrelang andauert haben. Im Röntgenbild ist der in den Corticalis gelegene winzig kleine Tumor als strahlendurchlässiges Gebilde oft nicht leicht zu erkennen. Wesentlich eindrücklicher ist dagegen die meist sehr ausgedehnte perifokal reaktive Osteosklerose.

Morgendliche Steifigkeit und Anlaufschmerz

Wesentlich wertvoller als Schmerzcharakter und Schmerzausstrahlung ist für die Differentialdiagnose ein anderes Schmersymptom, dessen Vorhandensein für rheumatische Leiden fast ebenso pathognomisch ist wie sein Fehlen für Erkrankungen des Skeletts: die morgendliche Steifigkeit und der Anlaufschmerz.

Am deutlichsten findet sich die Erscheinung bei der chronisch rheumatischen Polyarthritis, d. h. dem primär-chronischen Gelenkrheumatismus. Sie betrifft hier vorwiegend die Hände und Füsse. Der Kranke kann am Morgen nach dem Verlassen des Bettes infolge Steifigkeit und schmerzhafter Unbeweglichkeit seiner Füsse kaum auf die Beine stehen. Auch die Finger- und Handgelenke sind anfänglich derart steif, dass zunächst vorsichtig auflockernde Bewegungen des Handöffnens und Handschliessens ausgeführt werden müssen, bis die Gelenke für einfache Verrichtungen gebrauchsfähig sind. In geringerem Masse sind außerdem auch Knie-, Hüft- und Schultergelenke betroffen. Die Steifigkeit und der Anlaufschmerz dauern etwa zehn Minuten.

In sehr ähnlicher Weise wird die Steifigkeit nach körperlicher Ruhe auch bei den rein degenerativen Arthrosen des Knie- und des Hüftgelenks beobachtet. Hier ist die Anlaufzeit allerdings meist wesentlich kürzer. Wir kennen die ältere Dame oder den älteren Herrn, die nach längerem Sitzen aufstehen wollen und dann mit vielen Seufzern und Grimassen mühsam ungeschickt die ersten Schritte ausführen, nach einer halben Minute aber schon wesentlich leichter und wenig später fast unbeschwert einhergehen.

Aehnliches gilt für die Brachialgien und Lumbalgien, seien sie radikulärer Genese oder vom Typus des Muskelrheumatismus, d. h. der Fibrositis der Amerikaner. Wir

kennen diese Patienten, die am Morgen oft wie gerädert mit völlig versteifter und schmerzhafter Nacken-Schulter- oder Kreuz-Region erwachen.

Der schubartige Verlauf rheumatischer Erkrankungen bringt es mit sich, dass ein Patient auf Befragen nach diesen Symptomen oft vorerst negativen Bescheid gibt. Wnn wir ihn aber auffordern, über die Vergangenheit nachzudenken, dann wird wohl kaum je bei einem rheumatischen Gelenkleiden die morgendliche Steifigkeit oder der Anlaufschmerz fehlen.

Diese für rein rheumatische Leiden so charakteristische Erscheinung ist dem Symptomenbild sämtlicher Skelettererkrankungen absolut fremd.

Wachstumsschmerzen

Jünglinge und junge Mädchen im Alter der Pubertät klagen oft über erhöhte Ermüdbarkeit bei körperlicher Anstrengung und diffuse Schmerzen in allen Gliedern. Sie befinden sich im Alter des letzten, beschleunigten Längenwachstums, weshalb man auch von Wachstumsschmerzen gesprochen hat. Selbstverständlich verläuft zwar das Wachstum an sich ohne Schmerz. Ein Gran Wahrheit ist in der Bezeichnung aber insofern enthalten, als das Skelett zu Zeiten intensiven Wachstums für Rachitis und Spätrachitis besonders anfällig ist. In der Tat liegt bei solchen Fällen nicht selten Spätrachitis vor.

Der unbestimmte schubartig verlaufende Wachstumsschmerz muss aber stets auch den Verdacht auf eine andere, ungleich gefährlichere Affektion lenken: auf die Febris rheumatica. Sie kann mit ganz unbedeutendem Fieber und nur höchst bescheidenen Gelenkschmerzen verlaufen, gleichzeitig aber am Herzen in aller Stille eine schwere Endo- und Myokarditis setzen, welche den betroffenen Patienten zum lebenslänglich Herzkranken stempelt. Auch hier ist unter Umständen das Symptom der morgendlichen Steifigkeit von unschätzbar hohem differentialdiagnostischem Wert, sofern wir es uns zur Gewohnheit machen, bei jedem Kranken mit Schmerzen am Bewegungsapparat danach zu fragen.

Deformationen

Wo eine Gelenk- oder eine Knochendeformation äusserlich erkennbar ist, stellt

dies für uns stets einen sehr wichtigen diagnostischen Hinweis dar. Es ist daher dringlich zu empfehlen, in jedem Falle von Schmerzerscheinungen am Bewegungsapparat die Inspektion des völlig entkleideten Patienten vorzunehmen. Man achte dabei nicht nur auf Formveränderungen der Gelenke, sondern auch auf rachitische Stirnhöcker, Genua vara od. valga, Trichterbrust, Hühnerbrust, glockenförm. Thorax sowie leichte Kyphosen und Skoliosen.

Manipulation und manuelle Untersuchung

So wertvoll für unseren Gegenstand die Anamnese und die äussere Inspektion sein können, so wenig Aufschluss gewinnen wir in der Regel durch die manuelle Untersuchung des Kranken. Bei Osteomalacie kann ausnahmsweise einmal eine Loosersche Umbauzone durch minutiöse Palpation als schmerzhafte Stelle ermittelt und lokalisiert werden. Vom Punktschmerz beim Osteoidosteom haben wir bereits gepsprochen. Klassisch ist es, bei Skelettaffektionen den Flanken- und Beckenkammdruckschmerz zu prüfen, bei welchem nur das Skelett manipuliert wird und jede artikuläre Schmerzreaktion ausgeschlossen ist. Cave jedoch hierbei die iatogene Rippenfraktur.

Knochenfrakturen

In vielen Fällen ist eine Knochenfraktur das erste Anzeichen einer Skelettaffektion. Meist handelt es sich dabei um sog. Spontanfrakturen, die durch geringfügiges Trauma an einer vorbestehend erkrankten Stelle des Skelettes erfolgen. Rheumatische Aetioologie eines Schmerzes am Bewegungsapparat fällt mit dem Auftreten einer Spontanfraktur naturgemäß als höchst unwahrscheinlich dahin.

Die häufigste Spontanfraktur ist die Wirbelkörper-Kompressionsfraktur. Sie wird praktisch bei jeder generalisierten Skelettaffektion beobachtet, am häufigsten jedoch bei der postmenopausischen Osteoporose der Frau, etwas seltener bei der senilen Osteoporose beider Geschlechter. Unter 136 Insassen eines Altersheimes zeigten bei systematischer Röntgenuntersuchung deren 35 Kompressionsfrakturen eines oder mehrerer Wirbelkörper. Der Frakturnschmerz ist in solchen Fällen nur selten sehr heftig, gelegentlich wird er vom Kran-

ken überhaupt nicht registriert. Trotz dieses Ueberwiegens der postmenopausischen und der senilen Osteoporose darf jedoch nicht vergessen werden, dass auch die Osteomalacie und der Hyperparathyreoidismus eine diffuse Knochenatrophie mit Wirbelkörper-Spontanfrakturen verursachen können, ferner in genau gleicher Weise das multiple Myelum. Man hüte sich daher, beim Vorliegen einer Wirbelkörper-Spontanfraktur allzu voreilig eine postmenopausische oder senile Osteoporose anzunehmen, wenn diese auch deren häufigste Ursache sind. Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal der Osteoporosen gegenüber den erwähnten anderen Skeletterkrankungen ist ihre nahezu exklusive Lokalisation in der Wirbelsäule und den Rippen. Die Röntgenuntersuchung weiterer Skeletteile im Verein mit geeigneten Laboratoriumsuntersuchungen schützen daher vor diagnostischem Irrtum. Snapper berichtet über den instruktiven Fall einer älteren Dame, die wegen multiplen Wirbelkörper-Kompressionsfrakturen als postmenopausische Osteoporose in Behandlung stand. Eines Morgens, als sie mit der Handtasche am Arm auf der Strasse spazierte, versetzte ein plötzlicher Wirbelwind dieser Tasche einen heftigen Stoss. Die Folge war eine Spontanfraktur des Oberarmes. Durch diese einzige, einfache Tatsache war die Diagnose einer postmenopausischen Osteoporose, welche die Extremitäten nie befällt, endgültig widerlegt. In der Tat ergab auch die neu vorgenommene, genauere Untersuchung das Vorliegen eines multiplen Myeloms mit einem für postmenopausische Osteoporose scheinbar durchaus typischen Röntgenbefund der Wirbelsäule, daneben aber weiterer Herdläsionen in den Extremitäten.

Schenkelhalsfrakturen alter Leute beruhen nahezu immer auf seniler Osteoporose. Zur Seltenheit kann aber auch einmal eine senile Osteomalacie vorliegen, wie ich selbst verschiedentlich beobachtet habe. Die Differentialdiagnose hat selbstverständlich hier beträchtliches therapeutisches Interesse.

Laboratoriumsuntersuchungen

Wir haben bisher versucht, auf dem Wege der rein klinischen Diagnostik Ske-

letterkrankungen als solche zu identifizieren. Anschliessend einige wenige Bemerkungen über die Röntgenuntersuchung und die Laboratoriumsdiagnostik:

In bezug auf die Röntgenuntersuchung sei eine einzige, zu wenig bekannte Tatsache angeführt. Die Pagetsche Ostitis deformans wird oft rein klinisch schon an den schweren Skelettdeformationen erkannt. Gelegentlich entdeckt sie aber auch einmal der Röntgenologe rein zufällig, beispielsweise bei der Untersuchung des Darmes oder der Nieren. Dieses für Morbus Paget scheinbar so charakteristische Röntgenbild des Beckens wird nun immer noch und allzuhäufig mit der metastatischen Skelettkarzinomatose bei Prostatakarzinom verwechselt. Die Diagnose kann oft aus dem Röntgenbild allein nicht gestellt werden. Die Entscheidung bringt aber in einfacher Weise die klinische Untersuchung der Prostata oder die Bestimmung der sauren Serumphosphatase.

Was das Laboratorium anbetrifft, so sollte bei jeder Skeletterkrankung stets die Untersuchung des Urins auf Kalzium und des Serums auf Kalzium, Phosphor und beide Phosphatasen erfolgen. Aus einer synoptischen Tabelle, wie sie in zahlreichen Lehrbüchern zu finden ist, können dann ohne weiteres die entsprechenden diagnostischen Schlüsse gezogen werden.

Hypokalziurie findet sich physiologisch in Zeiten intensiven Wachstums, ferner bei Rachitis, Osteomalacie, Hypothyreose und hypokalzämischer Tetanie.

Hyperkalziurie wird prinzipiell bei jedem mit Skelettdestraktion verbundenen Prozess angetroffen, so beim Hyperparathyreoidismus, bei schwerer Immobilisationsosteoporose, beim multiplen Myelom und metastatischer Skelettkarzinomatose, bei Hyperthyreose und Vitamin-D-Ueberdosierung. Daneben gibt es eine Hyperkalziurie rein renaler Genese, die keinen Zusammenhang mit vermehrter Abgabe von Kalzium aus dem Skelett aufweist: die sog. idiopathische Hyperkalziurie, man könnte auch von renalem Kalziumdiabetes sprechen. Hyperkalziurie, insbesondere die idiopathische Hyperkalziurie, schliesst Disposition zur Nephrolithiasis in sich.

Bedeutende Hyperkalziurie in einem Fall rheumathoider Schmerzen am Bewegungsapparat ist in erster Linie verdächtig auf multiples Myelom oder metastatische Skelettkarzinomatose. Hypokalziurie dagegen weist in Richtung einer Rachitis oder Osteomalacie. Bei rheumatischen Leiden ist die Kalziurie normal.

Ein Wort noch zur Senkungsbeschleunigung, zur Leukozytose und zum Fieber. Diese Trias gilt als charakteristisch für rheumatische Leiden. Es ist jedoch zu beachten, dass auch das Ewing-Sarkom, jener hochgradig bösartige Knochentumor des Kindesalters, sehr häufig diese Symptomtrias aufweist. Nicht selten führen beim Ewing-Sarkom sogar immer wiederkehrende Fieberschübe beim gleichzeitigen Vorhandensein einer hochgradig schmerzhaften Knochenschwellung zur falschen Diagnose einer Osteomyelitis.

Sehr stark beschleunigte Senkungsreaktion ist ausserdem charakteristisch für multiples Myelom, aber was weniger bekannt ist, auch für die Grosszahl metastatischer Skelettkarzinomaten. Fälle von radikal operiertem Mamma-, Nieren- oder Genitalkarzinom, die im späteren Verlauf Rückenschmerzen aufweisen, sind auch bei negativem Röntgenbefund auf Skelettmetastasierung sehr verdächtig, wenn die Blutsenkung ansteigt. Umgekehrt sind normale Senkungswerte bei derartigen Kranken, die immer ängstlich sind und deren Ängstlichkeit der Arzt unausgesprochen insgeheim meist teilt. ein sehr beruhigender Befund.

Viel zu selten wird bei rheumatischen Erkrankungen die Untersuchung des Serums auf Harnsäure durchgeführt. Die echte Arthritis urica ist keine Rarität, wie gelegentlich angenommen wird. Sie kann, jedenfalls im Beginn, das Bild einer schubweise verlaufenden Arthritis täuschend nachahmen. Erlauben Sie mir zwei Bemerkungen über die Gicht.

Einmal ein Bild zur ausserordentlichen Schmerhaftigkeit des monoartikulären Gichtanfalles, das von Sahli stammen soll. Er sagt: «Stellen Sie sich vor, man spanne einen Ihrer Finger in den Schraubstock. Die Schraube wird solange angezogen, bis Sie es schlechterdings nicht mehr aushal-

ten: dies ist Rheumatismus. Jetzt wird die Schraube noch um einen ganzen Umgang weiter gedreht: dies nun ist Gicht. Denken Sie bei jedem Patienten mit anfallsweisen, heftigen Gelenkschmerzen an Gicht. Die Serumuntersuchung auf Harnsäure wird oft normal ausfallen und Ihre Vermutung nicht bestätigen. Das eine oder andere Mal werden Sie aber doch die Genugtuung erleben, eine echte, hyperurikämisiche Gicht zu entdecken, und sie werden vom Patienten die Qualifikation eines ausgezeichneten Therapeuten erhalten, wenn Sie die gewöhnlichen Antirheumatika gegen die Spezifika der Gichttherapie vertauschen.

Als zweites eine Neuigkeit zur Gicht. Wir kennen all die verschiedenen äusseren Einflüsse, welche einen Gichtanfall provozieren können: purinreiche Ernährung, Alkohol, eine bestimmte Weinsorte, chirurgische Eingriffe, Badekuren usw. Neuerdings gibt es noch eine medikamentös iatrogene Gicht, provoziert durch Chlorothiazide: Chlotride, Esidrex, Hygroton. Der Mechanismus scheint derjenige einer Verbesserung der tubulären Harnsäure-rückresorption zu sein. Beim Gesunden und beim Gichtkranken steigt der Harnsäurespiegel im Blut unter Chlorothiaziden. Ich habe selbst bei einem jüngeren Gichtkranken, den ich seit Jahren beobachte und der wegen gleichzeitig bestehender Hypertension ein Chlorothiazid erhielt, den Harnsäurespiegel, der sonst zwischen 5 und 8 mg% schwankte, auf 12 mg% ansteigen sehen in Verbindung mit gehäuften Gichtanfällen. Es ist ein kleiner Trost, zu wissen, dass auch diese iatrogene Gicht auf Colchicin ausgezeichnet reagiert. Aber auch für die Diagnose der Gicht müssen wir in Zukunft bedenken, dass ein unter Chlorothiazidbehandlung festgestellter erhöhter Harnsäurespiegel im Blut für die Gichtdiagnose nicht zu verwerten ist.

Nachstehende Arbeit aus der Schweiz. Rundschau für Medizin PRAXIS 50. Jahrgang Nr. 8 durften wir mit freundlicher Bewilligung von Herrn PD Dr. med. U. Wernly und des Hallwag Verlages erscheinen lassen.



WANDER

Der klassische Lehmwickel im praktischen Portionenbeutel, eine Erleichterung für die Krankenpflege

für kalte und warme Anwendung

bei Sportschäden und Verletzungsfolgen

(wie Quetschungen, Verstauchungen, Blutergüsse)

Muskel- und Gelenkrheumatismus

Lokalisierte Entzündungen und Infektionen

(Angina, Furunkel, Abszesse)

Muster auf Verlangen direkt von

Dr. A. Wander AG Bern