

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 18 (1962)

Rubrik: Diskussion

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: 30.04.2026

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

DISKUSSION

E. Martin (Genève): Le tableau que vient de dresser le Professeur de Sèze de la pelvispondylite rhumatismale, correspond tout à fait à l'expérience de notre Centre de Rhumatologie. Nous voyons de plus en plus des formes purement pelviennes, peu évolutives et dont le diagnostic est parfois difficile, lorsque les lésions sacro-iliaques sont peu accusées.

Quant à la thérapeutique, nous utilisons également avec succès la phénylbutazone à doses un peu plus faibles et uniquement par voie orale. Il paraît difficile d'affirmer que cette thérapeutique permette de modifier le cours de la maladie. Par contre, elle est efficace pour juguler les poussées aiguës.

A. Franceschetti (Genève): Du point de vue ophtalmologique, j'aimerais souligner que nous ne pouvons que confirmer l'importance de l'anamnèse et de l'examen radiologique de l'articulation sacro-iliaque pour le diagnostic de la spondylarthrite comme facteur étiologique d'une iritis. En effet, il ne s'agit, dans ces cas, pratiquement jamais de l'état grave décrit par Bechterew. L'iritis est souvent du type aigu, récidivant, avec douleurs nocturnes, surtout chez l'homme. Mais il n'est pas rare aussi de trouver la spondylarthrite à l'origine d'une iridocyclite dite « parenchymateuse », accompagnée même parfois d'un hypopyon, comme dans la maladie de Behçet (*Franceschetti A. et Brocher J.E.W.*: Schweiz. med. Wschr. 74, 299-303 [1944]).

En ce qui concerne la thérapeutique, l'Irgapyrine ou la Butazolidine donnent des résultats excellents, surtout pour l'état oculaire et les douleurs.

F. Rintelen (Basel): Vor 5 Jahren habe ich Ihnen über die sogenannte «rheumatische Iridocyclitis» berichtet und festgestellt, daß es eine eigentliche Iritis rheumatica, die wir an ihrer Morphe erkennen könnten, nicht gibt. Weiter wies ich auf Grund unseres Krankengutes darauf hin, daß wir bei unseren Iritisfällen mit verschwindenden Ausnahmen weder Zeichen primär-chronischer Polyarthritits noch Symptome des Morbus Bechterew gefunden hätten. Heute muß ich insofern etwas richtigstellen, als eine Statistik über 256 Iritisfälle unserer Klinik der letzten Jahre, deren Ergebnis die beigefügte Tabelle wiedergibt, doch eine deutliche Häufung von Bechterew-Fällen – fast ausschließlich Männer – in unserem Krankengut gezeigt hat. Dank der Hilfe der von Herrn Gsell geleiteten Medizinischen Poliklinik und einer genauen klinischen und radiologischen Diagnostik konnten bei 14 Männern und einer Frau deutliche Zeichen eines Morbus Bechterew gefunden werden.

Iritisfälle der Universitätsaugenklinik Basel 1956–1960

Gesamtzahl: Männer 125; Frauen 131

Zusammengestellt von Dr. H. Schönenberger

	Männer	Frauen
<i>Morphe</i>		
exsudativ	99 (79,2%)	97 (79,2%)
exsud. + Hypertonie	19 (15,2%)	27 (20,6%)
produktiv	6 (4,8%)	7 (5,3%)

	Männer	Frauen
<i>Injektion</i>		
gemischt	82 (65,6%)	60 (45,8%)
ciliar.	16 (12,8%)	19 (14,5%)
pericorn., conjunctival ...	12 (9,6%)	18 (13,7%)
Schmerzen	73 (58,4%)	61 (46,5%)
einseitig	92 (73,6%)	78 (59,5%)
doppelseitig	33 (26,4%)	53 (40,5%)
Recidiv	48 (38,4%)	38 (29,8%)
Präzipitate	82 (65,6%)	101 (77,1%)
Synechien	37 (29,6%)	50 (38,2%)
Cataracta complicata	12 (9,6%)	19 (14,5%)
Uveitis posterior	33 (26,4%)	28 (21,4%)
Neuroretinitis	15 (12,0%)	19 (14,5%)
Sek. Glaukom.	12 (9,6%)	7 (5,3%)
Phthise	1 (0,8%)	2 (1,5%)
febril und subfebril	18 (14,4%)	15 (11,5%)
ESG > 20/l. h.	18 (14,4%)	43 (32,8%)
Leukocyten > 12 000	7 (5,6%)	3 (2,3%)
Stabkernige > 10%	6 (4,8%)	5 (3,8%)
Eosinophile > 6%	7 (5,6%)	4 (3,0%)
Anämie (unter 70%)	0	3 (2,3%)
WaR +	1 (0,8%)	3 (2,3%)
Mantoux +	50 (40,0%)	52 (39,7%)
AST > 150 E	20 (16,0%)	11 (8,4%)
Leptospiren +	4 (3,2%)	0
Toxoplasmose-KBR	5 (4,0%)	1 (0,7%)
Tbc-Zeichen, alt	10 (8,0%)	10 (7,5%)
frisch	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Boeck	1 (0,8%)	2 (1,5%)
GO-Anamnese	4 (3,2%)	0
<i>Rheuma</i>		
Arthritis ac., Myalgie usw.	20 (16,0%)	35 (26,7%)
PCP	1 (0,8%)	2 (1,5%)
Reiter	4 (3,2%)	0
Bechterew	14 (11,2%)	1 (0,7%)
Still-Chauffard	1 (0,8%)	0
andere Rheumasynndrome.	0	3 (2,3%)
<i>Foci</i>		
Zähne	35 (28,0%)	26 (19,8%)
Sinusitis	15 (12,0%)	9 (6,7%)
Tonsillen	25 (21,0%)	32 (24,4%)
andere	9 (7,2%)	10 (7,6%)
<i>Erfolg</i>		
gut	78 (62,4%)	74 (56,5%)
besser	43 (34,4%)	42 (32,1%)
idem	4 (3,2%)	15 (11,5%)

A. Böni (Zürich): Ich möchte die Beobachtungen von Prof. de Sèze nur bestätigen, daß es in der Tat beim Bechterew Formen gibt, bei denen wir keine Syndesmophyten im Bereich der Wirbelsäule feststellen können. Uns sind ganz vereinzelt auch Fälle bekannt, wo nicht einmal die Iliosacralgelenke Veränderungen aufweisen, jedoch die gesamte Wirbelsäule eine ausgedehnte fibröse Steife aufwies, mit Senkungserhöhung und der typischen Bechterew-Anamnese. Diese Fälle dürfen wir wohl auch zur Spondylitis ankylopoetica zählen.

Bezüglich Therapie möchte ich bemerken, daß wir an der Röntgenbestrahlung immer noch festhalten, und zwar aus zwei Gründen: 1. Irgendwelche Zwischenfälle, die im Verlauf der Röntgenbestrahlung auftraten, haben wir bis jetzt nicht beobachtet. 2. Butazolidin kann wohl die entzündliche Komponente beeinflussen, es ist aber nicht sicher, ob das Fortschreiten des Ossifikationsprozesses mit Butazolidin beeinflußt werden kann.

E. Undritz (Basel): Quelles valeurs de sédimentation globulaire considérez-vous encore comme normales, chez l'homme et chez la femme? Dans une collectivité de 560 personnes apparemment saines, nous avons trouvé (*Undritz et Bragatsch*: J. Suisse de Médecine, 92, 388 (1962) les valeurs suivantes:

Age	n	Ø	min.	max.
Hommes				
19-49	180	2	1	8
50-64	54	4	1	20
plus de 65	50	9	1	33
Femmes				
19-49	225	5	1	13
50-64	23	8	2	23
plus de 65	28	16	4	31

n = nombre de personnes; Ø = moyennes.

Méthode: Westergren, moyenne de Katz

$$\left(\frac{a+b}{2}\right); \quad a = \text{la première, } b = \text{la deuxième heure en mm}.$$

On voit que les minima et maxima montrent une grande variation (entre 1 et 33 mm) et que la moyenne double avec l'âge. Chez les femmes, les moyennes dans chaque groupe atteignent le double des valeurs des hommes.

Chaque individu a, jusqu'à un certain point, une sédimentation individuelle. Sa norme est la sédimentation minimale trouvée lors de tests répétés à l'état de parfaite santé.

M. Gukelberger (Bern): Anfrage an den Referenten, ob er bei seinen Fällen mit Spondylitis ankylopoetica gelegentlich auch das Bestehen eines Aortenvitiums gesehen hat, wie dies in der Literatur diskutiert wird. Nach eigenen Beobachtungen scheint dies selten zuzutreffen.

V. Demole (Lausanne): Dans les régions où sévit la fluorose endémique, on a signalé l'existence d'une spondylose grave, progressive, à début dorso-lombaire. Une quantité exagérée de fluor dans l'urine (plus de 2 mg/l par 24 heures) permet de préciser le diagnostic.

Th. de Preux (Lausanne): Le Professeur de Sèze ne pense-t-il pas qu'il existe des formes mixtes de PCE et de Bechterew? Nous pensons au cas d'un homme de 40 ans, qui présente radiologiquement un Bechterew, caractérisé avec en outre une atteinte poly-

articulaire périphérique caractéristique d'une polyarthrite (tuméfaction des doigts, image radiologique des mains typiques) avec un test au latex positif.

Ce cas n'a pas réagi à la butazolidine, mais s'est stabilisé sous l'action des sels d'or. Il ne semble pas s'agir là d'une forme scandinave de spondylarthrite.

S. de Sèze (conclusions): Nous considérons comme valeurs normales de sédimentation globulaire, chez l'homme et chez la femme, les chiffres suivants, donnés par *Westergren* lui-même: jusqu'à 7 mm à la 1re heure chez l'homme, et jusqu'à 11 mm à la 1re heure chez la femme.

Nous avons observé quelques cas d'insuffisance aortique parmi nos malades atteints de pelvi-spondylite rhumatismale. Nous rappelons que, selon des données anatomiques récentes, ces insuffisances aortiques ne relèvent pas d'une endocardite rhumatismale, elles sont dues à des lésions différentes de celles des insuffisances aortiques du rhumatisme articulaire aigu, et ne sauraient justifier un rapprochement entre les deux maladies.

Nous ne pensons pas que l'on soit fondé à décrire des formes mixtes de polyarthrite rhumatoïde et de pelvi-spondylite rhumatismale. Sans doute, la polyarthrite rhumatoïde peut atteindre la colonne vertébrale et même les sacro-iliaques, mais cette atteinte est alors différente de ce qu'elle est dans la pelvi-spondylite rhumatismale, et la réaction de Waaler est alors positive. Sans doute, la pelvi-spondylite rhumatismale s'accompagne très souvent, de façon banale même, d'atteintes articulaires périphériques rappelant celles de la polyarthrite rhumatoïde, mais même dans ces cas, la réaction de Waaler est négative, et il n'y a pas de raison de parler de forme mixte. Le fait que les deux maladies aient des points communs, et le fait que certaines formes posent des problèmes diagnostiques difficiles, ne suffisent pas pour que l'on soit en droit de confondre deux maladies qui sont différentes, et doivent être bien distinguées l'une de l'autre. Ceci dit, du fait même qu'il s'agit de deux maladies fréquentes, les lois de la statistique rendent inévitables la coexistence des 2 maladies chez quelques individus avec une fréquence qu'il serait facile d'établir par le calcul des probabilités. Mais il faut alors parler de coexistence de 2 maladies, plutôt que de forme mixte.

En terminant, nous croyons devoir ajouter cette remarque. Tant qu'il n'existe pas de nomenclature internationale, chacun peut donner à la maladie le nom qui lui paraît le meilleur. Cependant on doit faire observer que certains noms conviennent mieux que d'autres: c'est ainsi que spondylarthrite ankylosante, ankylosing spondylitis, spondylitis ankylopoietica, pelvi-spondylitis ossificans, pelvi-spondylite rhumatismale, sont incontestablement meilleurs que spondylose rhizomélique. Maladie de Bechterew est certainement, au contraire, un très mauvais nom, quoique très usité, car l'étude historique objective des travaux qui sont à l'origine de la connaissance de la maladie ne justifie nullement cette dénomination.