

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Die Tuberkulose

Cornet, Georg

1907

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1958 -2-

10. Tuberkulose der Knochen und Gelenke. ¹⁾

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-129189](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-129189)

und Goldscheider. Die Therapie der tuberkulösen Erkrankung peripherer Nerven entspricht der bei nicht spezifischer Erkrankung und besteht in Schonung, Ruhigstellung, vorsichtiger Anwendung des konstanten Stromes, Massage, Hydro- und Balneotherapie und entsprechenden Medikamenten; bei funktionellen Störungen in systematischer Gymnastik, faradischem Strom etc.

10. Tuberkulose der Knochen und Gelenke.¹⁾

Eine Komplikation durch **Knochen**tuberkulose ist in frühem Lebensalter nicht selten. Mosse fand unter 88 6—15jährigen Kindern mit Skoliosen bei $53 = 60.2\%$ Spitzeninfiltration und unter 65 mit Spitzeninfiltration $53 = 81.5\%$ Skoliosen.

Vorzugsweise tritt sie als tuberkulöse Periostitis und Osteomyelitis auf und führt zu ausgedehnten Zerstörungen, zu sogenannter Karies der Knochen. Bei jugendlichen Individuen, wo am leichtesten vereinzelte Tuberkelbazillen von einem lokalisierten Herde aus in die Blutbahn gelangen, ist auch die tuberkulöse Knochenerkrankung am häufigsten. Doch kommt sie in jedem Lebensalter vor.

Der häufigste Sitz der Knochen-Tb. ist die Epiphysengegend. Hieraus erklärt sich die käsig sekundäre Tb. der Gelenke.

Beachtenswert ist hier eine Beobachtung von E. Fraenkel, der bei seinen Untersuchungen über Knochenmark bei Infektionskrankheiten in 3 Fällen von Phthisis pulmonum mit Kavernenbildung in dem Wirbelmark Streptokokken und Staphylokokken fand.

In den meisten Fällen treten die Krankheitssymptome erst nach monatelangem Bestande auf; sie bestehen in Schwellungen an der erkrankten Stelle, Schmerzhaftigkeit, Funktionsstörungen, Gefühl der Schwäche, leichter Ermüdung, Eitersenkungen und kalten Abszessen.

Das Allgemeinbefinden wird anfangs wenig beeinflusst, vor Aufbruch der Knochen-Tb. besteht meistens mäßiges Fieber oder wird bereits präsent Fieber erhöht. Bei länger vorhandenen Eiterungen aus tuberkulösen Knochenfisteln und lange bestehender Gelenk-Tb. kommt es häufig zu amyloider Degeneration der Nieren, Leber, Milz, die in vivo durch den Eiweißgehalt des Urins nachweisbar ist.

Die **Diagnose** ist aus den charakteristischen Symptomen leicht zu erbringen. Differentialdiagnostisch kämen Lues, die auf Jodkali und Hg reagiert, und vor allem Osteomyelitis in Frage.

Die **Therapie** besteht außer der roborierenden Allgemeinbehandlung in parenchymatösen Injektionen von sterilisiertem 10% Jodoformöl oder

¹⁾ Über Infektion der Knochen und Gelenke, s. S. 340.

Jodoformglyzerin, separat sterilisiert, nach Bruns u. a. alle 2—4 Wochen 2—20 cm³, sowie in Solbädern, Arsenik, Höhenluft, Gebirgsklima, Schmierseifeeinreibungen. Kommt man hiemit nicht zum Ziele, so greift man in geeigneten Fällen zu operativer Behandlung, d. h. gründlicher Entfernung des tuberkulösen Herdes. Kalte Abszesse, früher ein „Noli me tangere“, sind frühzeitig zu inzidieren, auszulöffeln und zu drainieren und dann durch Jodoformglyzerininjektionen zu behandeln. Ein sehr günstiger Einfluß wird in neuerer Zeit durch die Biersche Stauungshyperämie beobachtet.

Auch die **Gelenke** werden im Laufe der Lungenphthise zuweilen ergriffen. Die tuberkulöse Arthritis ist entweder eine primär in der Synovialmembran sich lokalisierende Tb., teils entsteht sie sekundär von Tb. der Knochen aus. Nach Müller waren unter 232 Fällen von Gelenktuberkulose 158 im Knochen entstanden, 46 in der Synovialis, bei 28 war die Entstehung zweifelhaft.

Die **Symptome** bestehen in Schwellung und abnormer Stellung der entzündeten Gelenke, Ausbildung von Kontrakturen und spontanen Luxationen, Senkungsabszessen u. dgl., peri- und paraartikulären Eiterungen.

Der **Verlauf** der Gelenk-Tb. ist ebenfalls sehr chronisch, auch hier sind es Kinder, die am häufigsten befallen werden.

Die **Therapie** hat außer den allgemeinen Maßregeln in Ruhigstellung durch geeignete Apparate, in hydrotherapeutischen Maßnahmen, später in Injektionen von Jodoformpräparaten (eventuell an mehreren Stellen v. Bergmann), und beim Versagen dieser Mittel in operativem Vorgehen zu bestehen. Auch hier hat die Biersche Stauungshyperämie unleugbar große Erfolge zu verzeichnen. Bezüglich einer ausführlichen Darstellung muß ich auf die chirurgischen Lehrbücher verweisen.

11. Tuberkulose der Muskeln.

Schon bei Besprechung der Verbreitung von Tb.B. durch das Fleisch tuberkulöser Tiere haben wir erwähnt, daß die Muskulatur nur selten den Sitz eigentlicher Tuberkel bildet. Von einer Immunität der Muskel kann aber keine Rede sein, denn z. B. hat Schütz Miliartuberkel in der Rindermuskulatur gefunden, ebenso Leisering; auch Hertwig fand perlschnurartige Knötchen im intermuskulären Bindegewebe bei einem Ochsen, und Moule Muskeltuberkel beim Schweine. Ähnliche Beobachtungen werden noch von Huttner, Godbille, Rasmussen, Jensen und Késewitsch berichtet; auch Bollinger, Ostertag und Bang konstatieren das Vorkommen von Muskel-Tb. Im auffallenden Gegensatz zur Seltenheit dieser Erkrankung steht das Ergebnis von Kastners Versuchen, wonach der Fleischsaft von hochgradig perlsüchtigen Tieren sich für Meer-schweinchen sehr häufig virulent erwies.