

Ä

Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie  
zu Berlin.

(Direktor: Professor Dr. Joachimsthal).

# Ueber neuropathische Gelenkerkrankungen.

## INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

**Sally London**

approb. Arzt aus Berlin.

Tag der Promotion: 5. Juni 1913.



---

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Ä

Gedruckt mit Genehmigung  
der  
**Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.**  
Referent: Prof. Dr. **Joachimsthal.**  
Korreferent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Hildebrandt.**

Dem Andenken meines lieben Vaters  
Meiner lieben Mutter.

Schon vor ungefähr siebzig Jahren hatte der Amerikaner Mitschel auf den Zusammenhang zwischen manchen Gelenkaffektionen und den Erkrankungen des Nervensystems hingewiesen. Jedoch bleibt Charcot das unbestrittene Verdienst, diese Erkrankungen genauer studiert und die Aufmerksamkeit hierauf in weiteren Fachkreisen erweckt zu haben. Dieser Forscher hat zuerst einen gewissen Zusammenhang gewisser Gelenkaffektionen mit der *Tabes dorsalis* entdeckt und für diese den Namen „*Arthropathie tabétique*“ eingeführt. Wir wissen nun, daß außer der *Tabes* auch andere Erkrankungen des Nervensystems, vor allem die *Syringomyelie* solche Gelenkleiden hervorrufen bzw. mit ihnen kombiniert sein können. Da aber außer bei *Tabes* und *Syringomyelie* derartige Gelenkaffektionen auch bei Erkrankungen der peripheren Nerven, bei Verletzungen des Rückenmarks, ja sogar bei der cerebralen Hemiplegie vorkommen, so spricht man ganz allgemein von „*neuropathischen Gelenkerkrankungen*“.

Bereits zu der Zeit, als man anfang, den neuropathischen Gelenkaffektionen größere Bedeutung beizulegen, wurde auch die Frage erörtert, ob sie in pathologisch-anatomischem Sinne eine von den übrigen Gelenkerkrankungen völlig verschiedene Form darstellten. Was nun die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die man

an neuropathischen Gelenken wahrnimmt, anbetrifft, so muß man zwischen leichten und schweren Fällen unterscheiden.

In leichteren Fällen findet man eine Erweiterung und Erschlaffung der Kapsel, ohne daß sich im Gelenk sonst nachweisbare Veränderungen oder ein nennenswerter Erguß eingestellt hätten; die Synovia zeigt ein dunkelrotes hyperämisches Aussehen. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man die Kerne der Binde substanz als stäbchenförmige Fragmente zahlreich vorhanden.

In schwereren Fällen der Gelenkerkrankung zeigen sich nach Virchow rein anatomisch dieselben Veränderungen wie bei der Arthritis deformans. Die Kapsel ist sehr stark verdickt, zeigt dichte, kleinere Zotten, die in den Knochenansätzen an Mächtigkeit zunehmen. Die Farbe ist gewöhnlich dunkel-bläulichrot. Die Zotten sind überkleidet von gewuchertem Endothel, über das Fibrinauflagerungen, zum Teil in Organisation begriffen, hinwegziehen. Die Gefäße der Zotten zeigen an einzelnen Stellen verdickte Wandungen. Die Synovialis ist mit der Umgebung verwachsen, und auch das parasynoviale Gewebe ist verdickt. Der Erguß im Gelenk kann klar sein, ist aber häufiger mit dicken Fibrinflocken und Blut vermischt, und es zeigen sich dann Niederschläge auf den Zotten von Blutgerinnseln oder von mit Blut durchtränktem Fibrin; selbst reiner Haemarthros ist beobachtet worden. Neben der starken Zottenbildung kommt es auch an einzelnen Stellen zum völligen Schwund der Synovialis und zur narbigen Einziehung der Kapsel.

Der Knorpel ist in der Mitte des Gelenkes fast immer