

HEÜMAN, GUSTAF DANIEL

# Muskelreumatism.

Stockholm  
1919

# EOD – Miljoner böcker bara en knapptryckning bort. I mer än 10 europeiska länder!



## Tack för att du väljer EOD!

Europeiska bibliotek har miljontals böcker från 1400-till 1900-talet i sina samlingar. Alla dessa böcker går nu att få som e-böcker – de är bara ett musklick bort. Sök i katalogen från något av biblioteken i eBooks on Demand- nätverket (EOD) och beställ boken som e-bok – tillgängligt från hela världen, 24 timmar per dag och 7 dagar i veckan. Boken digitaliseras och blir tillgänglig för dig som e-bok.

## EOD bokens fördelar!

- Få samma utseende och känsla som med originalet!
- Använd ditt standardprogram för att läsa boken på skärmen, zooma och navigera genom boken.
- Skriv ut enstaka sidor eller hela boken.
- *Sök:* Använd fulltextsökning för enskilda fraser.
- *Klipp & klistra:* Kopiera bilder och delar av texten till andra applikationer (t.ex. ordbehandlingsprogram).

## Villkor för användning

Genom att använda EOD-tjänsten accepterar du de villkor som ställs av biblioteket som äger den aktuella boken.

- Villkoren på svenska: <http://books2ebooks.eu/odm/html/nls/sv/agb.html>

## Fler e-böcker

Redan nu erbjuder 30 bibliotek från 12 europeiska länder denna service.

Mer information finns tillgängliga via <http://books2ebooks.eu> alla boken.

- <http://search.books2ebooks.eu/>

SEPARAT UR SVENSKA LÄKARTIDNINGEN 1920.





Med.  
Patol  
(Pö)

## Muskelreumatism.

Av

G. Heüman.

Muskelreumatismen eller myalgin beskrives i de vanliga medicinska läroböckerna på ett tämligen likartat sätt. Man är allmänt enig om, att dessa namn användes på en del olika sjukliga tillstånd. Det gemensamma för sjukdomen är ju endast symptomet smärta i musklerna, och detta symptom kan ju uppträda på grund av många olika orsaker. I allmänhet uppdelas myalgin i den akuta formen och den kroniska med det tillägg, att den akuta sjukdomen mycket ofta recidiverar. Den akuta myalgin sätter häftigt in och är ej sällan förbunden med feber. Den varar mellan 2 till 10 dagar. Den angripna muskeln ömmar för tryck och känns ofta starkt spänd. Mer eller mindre starkt uttalade smärtor, vilka ökas vid rörelse och stundom kunna bli mycket häftiga, utmärka sjukdomen. Den vanligaste platsen för den akuta myalgin är ländregionen. Speciellt *M. quadratus lumborum*, *sacrolumbalis* och *longissimus dorsi* bliva angripna. Sjukdomen är ofta dubbelsidig och ej sällan förenad med ischias. Vid myalgia cervicalis äro åtskilliga av nackens och halsens muskler vanligtvis samtidigt angripna. Vid myalgia cephalica är vanligen nackmuskulaturen och dessutom galean säte för en mycket starkt uttalad smärta,

som mest yttrar sig vid tryck. Dessutom förekomma myalgia costalis och deltoidea.

Den kroniska myalgien säges i läroböckerna utveckla sig antingen i anslutning till en akut myalgi eller vanligare börja småningom. Smärtorna växla under sjukdomens lopp i intensitet, men bli icke så häftiga som vid den akuta formen. Även lokaliseringen är obeständig. Sjukdomen flyttar från muskelgrupp till muskelgrupp. Oftast äro ryggen, nack- och skuldermuskulaturen angripna, mycket ofta lokaliseras sig åkomman till vaderna, vidare till bukmuskulaturen, speciellt M. recti abdominis, interkostalmusklerna o. s. v.

Vid undersökning ömmar muskeln för tryck antingen diffust eller vanligen å vissa begränsade ställen. Objektivt kan man ibland konstatera en ökad spänning, i övrigt företer emellertid muskeln i regeln inga kliniskt påvisbara förändringar. Angående de förhårdnader och ansvällningar, som många tro sig ha funnit i de av reumatism angripna musklerna, förnekas i läroböckerna icke bestämt förekomsten av sådana.

Man påpekar dock, att det ligger en betydande överdrift i det bland massörerna så starkt florerande talet om muskelknutor och »myiter». I varje fall måste det fastslås, att vår nuvarande kännedom om de anatomiska förändringarna icke giver stöd för den med dessa namn förenade föreställningen om inflammatoriska infiltrater, granulations- och bindvävsnybildningar som underlag för muskelsmärtorna. Så ungefär lyder framställningen av Ljungdahl i »Lärobok i Intern Medicin» av Faber—Holst—Petren. Övriga vanliga medicinska handböcker överensstämna i det stora hela med denna framställning.

En rätt grundlig framställning av sjukdomen myalgi lämnar professor *Adolf Schmidt* i sin bok »*Der Muskelrheumatismus Bonn 1918*». Han säger sig själv lida av denna sjukdom och har anställt noggranna självobservationer, och dessutom undersökt en hel del patienter lidande av myalgi.

Schmidt har undersökt mikroskopiskt tre fall av utskurna muskelstycken vid myalgi utan att finna några som helst anatomiska förändringar. Alla uppgifter, säger han, öfver knutbildningar i muskeln vid myalgi bero på förväxling antingen med de sällsynta fallen av cirkumskript myosit, för vilka han i förbigående redogör, eller på förväxling med lokala spänningstillstånd i de smärtande musklerna eller slutligen med normala anatomiska bildningar, t. ex. de knutformiga förtjockningarne av seninsertionerna invid benen. Schmidt påpekar likheten med ledgångsreumatism i det att både myalgin och ledgångsreumatismen kan förlöpa akut, intermitterande eller

kroniskt, att smärtorna vid båda sjukdomarne stegras vid rörelse och lätt flytta sig från en plats till en annan, att de båda sjukdomarne sammanhånga med förkylningar. Han har funnit åt-killiga fall av kombination av ledgångs- och muskelreumatism.

Ett ännu intimare samband finner han mellan myalgi och neuralgi. Detta intima samband går så långt, att man i de flesta fall icke kan skilja skarpt mellan dessa sjukdomar. Schmidt anser också, att myalgien icke är annat än en neuralgi i muskelnerverna. Han påpekar vidare, att de myalgiska smärtorna gärna lokalisera sig i närheten av musklernas insertionsställen, ty, säger han, särskilt här sluta musklernas sensibla nerver i den s. k. »Spindeln» under det att de motoriska nervslutpunkterna mest förekomma i trakten av muskelbukarna. Han antar att sjukdomens orsak är att söka i muskelns känselnerv. Han diskuterar vidare de fyra olika möjligheterna av skadans säte i muskelns sensibla nerver, nämligen: 1) i den sensibla nervens ändförgreningar i muskeln eller 2) i den perifera nervens förlopp, eller 3) i nervens rotområde eller slutligen som en fjärde möjlighet den myalgiska smärtans uppkomst på reflexväg från inälvorna enligt Head och Mackenzie. Han anser att den smärta, som uppstår efter stark muskelansträngning, antagligen har sitt säte i de sensibla muskelnervernas ändförgreningar. Vad den andra möjligheten beträffar, att en myalgi kan uppträda på grund av en inflammation i den perifera nerven, anser han att bevis därför fullständigt felas. De av Pers och Bardenheuer vid friläggning av nervus ischiadacus för operation vid ischias beskrivna förändringarne — inflammation i nervskidan — anser han behöva noggrann efterprövning med mikroskopiska undersökningar. De patologiska anatomerna ha aldrig beskrivit några förändringar i ischiadicus vid ischias. (Han talar här om en ischias såsom fullt likställd med en myalgi.) Den tredje möjligheten, att skadan ligger i nervernas rotområde vid bakre rötterna eller vid deras instrålningszon i ryggmärgen, anser han ganska sannolik. Han påstår, att vid ischias skall icke sällan förekomma förändringar i cerebrospinalvätskan. Även vid lumbago skall man ha funnit en sådan förändring vid lumbalpunktion bestående i stegrat tryck och ökad äggvitehalt. Dessa undersökningar synas vara utförda av honom själv. »Queckenstedt, welcher diese Befunde bestätigt, führt sie auf eine Durchtränkung der Hirnhautscheiden der hinteren Wurzeln, und ich bin geneigt, seine Erklärung zu akzeptieren». Schmidt anser således, att den bakre rottrakten särskilt vid bålmsklernas myalgi och vid rotischias och analoga neuralgier

är den egentliga platsen för sjukdomen men medger, att icke alla fall nödvändigt måste förklaras sålunda. Vad slutligen den sista möjligheten beträffar, så anser Schmidt, att från inälvorna genom det sympatiska nervsystemet en retning kan uppträda i ryggmärgens sensibla banor och framkalla en dov djupsmärta, som ej kan särskiljas från den primära myalgin. Schmidt biträder fullständigt Mackenzies åsikt, att icke sällan sjukdomar från inre organen kunna inducera smärtor i motsvarande ryggmärgssegment, vilka smärtor sedan kunna antaga en självständig karaktär och uppträda som primära neuralgier eller myalgier.

Så långt synes mig Schmidts framställning synnerligen värdefull, och den synes mig stämma överens synnerligen väl med allt, som man känner till om myalgi och ischias. Särskilt anser jag att han har fullt rätt i sin avvisande uppfattning angående myiter.

Jag skulle vilja nämna ett par ord om dessa supponerade myiter, som anledning till myalgi eller ischias.

Man har antagit, att de förhårdnader, som kunna palperas i musklerna vid myalgin, skall bero på små inflammationshårdar, vilka ständigt bytte plats i musklerna. Frånsett att ett sådant förhållande väl skulle vara enastående inom den patologiskt anatomiska erfarenheten från andra områden, är det väl ej många skäl att tro, att en sådan lindrig svullnad i musklerna skulle kunna utlösa sådana häftiga smärtor som utmärka myalgin. Ett lymfom på halsen, en koksaltinjektion i muskler eller underhudsbindväv, ett hämotom i muskulaturen ge ej nämnvärda smärtor. Även inflammatoriska processer ge i allmänhet ej häftiga smärtor, för så vitt icke sensibla nervgrenar komma i kläm mellan exsudatet och ett hårt benunderlag. Smärtorna vid en ordentlig lumbago överträffa i hög grad smärtorna vid en furunkel i huden.

Därtill kommer att de mikroskopiskt undersökta fallen av myiter, vilka ej torde vara få, (Schmidt citerar ett fall av Auerbach, tre fall av honom själv) givit fullständigt negativa resultat. Muskelsenorna och musklernas insertionsställen äro även hos fullt friska människor lindrigt tryckömna, om de prässas mot hårt underlag, enligt vad Schmidt angiver. Enligt samme förf. förefinnes hos fullt friska ofta förbeningar i de yttersta senändarne, särskilt vid glutealmusklernas ansatsställen, ett förhållande, som anatomerna väl känna till. Dessa insertionsknutor, säger Schmidt, äro hos friska personer ganska tryckkänsliga. Att muskelfibrer eller hela muskler vid myalgin ofta sammandraga sig under smärta och att de därvid kännas

ansvälda, är en sak som alla erkänna. Dessa smärtande kontrakturer uppfattas som myiter.

Så långt är jag således fullt enig med Schmidt i hans framställning. Men hans vidare resonnemang över orsakerna till myalgi och neuralgi synes mig icke tillfredsställande. Han anser att en neuralgi kan uppträda på grund av såväl exogena som endogena orsaker. Han talar i det följande om neuralgi förorsakad av förgiftningar med alkohol, om infektiösa orsaker till neuralgi efter sjukdomar i övre luftväggarne och munnen, i tarmen och genitalorganen o. s. v. Han säger att sådana fall, där man lyckas angripa infektiionskällan ej sällan lett till att myalgin försvunnit. Han tror således, att bakteriegifter direkt kunna ge anledning till neuralgi eller myalgi, och att dessa smärtor kunna förklaras genom en toxiubildning av de infekterande bakterierna. Han talar vidare om myalgin som förorsakad av endogena gifter, som kunna uppträda vid havandeskap och vid njursjukdomar. Schmidt synes hava förväxlat neuralgi och polyneurit. Vid polyneuriten anse vi ju, att det är toxiska ämnen i blodet, som ge anledning till inflammation i axelcylindrar och märgskidor, vilka därvid skadas. Vid neuralgin anser man väl numera i likhet med *Petréns* framställning i kapitlet neuralgi i *Lärobok i Intern Medicin*, att sjukdomsorsaken ligger i ett tryck på nerven på ett sådant ställe att nerven icke kan ge efter för trycket, vare sig att nerven tryckes mot ett ben eller — kanske mera sällsynt — på grund av en inflammation av nervens bindväv i eller innanför de-s yttre starka bindvävsskida, »eftersom den yttre bindvävsskidan är alltför fast för att giva efter för det exsudat, som genom inflammationen kan komma till stånd i nerven innanför denna skida». *Petrén* framhåller, att den strängt lokaliserade inflammationen vid neuralgin måste vara att hänföra till någon helt annan art av patologisk process än den som förorsakar polyneurit, och rörande ätiologien av neuralgien ligger det närmast att tänka på någon lokalt verkande orsak, då däremot den symmetriskt utbredda polyneuriten beror på någon slags giftverkan från blodet.

Det synes mig således tydligt, att Schmidt ej hållit i sär de båda sjukdomsformerna polyneurit och neuralgi. Naturligtvis är det riktigt, att alkohol-, bakterie- och ämnesomsättningsgifter kunna framkalla smärtor i musklerna. De synes mig dock ej böra sammanblandas med de smärtor som upp komma vid myalgi i egentlig mening.

*Jag skall i det följande söka att visa, att det är sannolikt, att en del ischiasfall och myalgifall — jag tror de flesta ischiasfall*

— bero på en spondylartrit av exsudativ karaktär, som framkallar rotsymptom.

Om vi först rikta vår uppmärksamhet på sjukdomsbilden *lumbago*, så förefinnes uppenbarligen en slående likhet mellan denna sjukdom och sjukdomsbilden vid en spondylartrit. När man läser Kahlmeters förträffliga framställning av spondylitis deformans (*Gunnar Kahlmeter: Bidrag till kännedomen om spondylis deformans, Svenska Läkarsällskapets handlingar, band 44, häfte 2, 1918*) sid. 258—259, så måste man medge, att vi återfinna just vid *lumbago* alla dessa av Kahlmeter beskrivna symptom vid spondylit (om jag undantar de kroniska nervförändringarna: muskelatrofier, sensibilitets- och reflexrubbingar). I själva verket synes det mig därför i hög grad sannolikt, att en *lumbago* i många fall kanske i de flesta, inte annat är än en akut eller kronisk eller recidiverande spondylarthritis lumbalis. Att vid denna även kan förekomma ömhet och ansvallning över sakraltrakten är ju ej mera underbart än att t. ex. artrit i en handled åtföljes av ansvallning i mjukdelarna över handryggen eller nedre delen av underarmen.

Denna förmodan, att *lumbago är en spondylarthritis lumbalis* vinner ännu mera i sannolikhet om vi tänka på det egendomliga förhållandet, att en *lumbago* ofta inleder en *ischias*. Om den ena åkomman är en sjukdom i nerven, den andra förorsakad av inflammationsprodukter i muskeln, synes sambandet svårt att förklara. Om däremot båda sjukdomarna framkallas av exsudat kring de sensibla nervrötterna i lumbal och sakralplexus, så förklaras ju härigenom, att *ischias* ofta börjar med en *lumbago*. Om trycket på nerven blir starkare, kan ledningen i de sensibla nerverna avbrytas; vi få sensibilitetsnedsättning på foten och akillesenreflexen försvinner. Bli även nervrötterna på andra sidan angripna, få vi en dubbelsidig *ischias*. Vi se ofta, att en *ischias*patient en vecka har smärtan på ett ställe, den andra veckan på ett annat. Nerv. *ischiadicus* får sina rötter från  $L_4, L_5, S_1, S_2$  och  $S_3$ . Om man låter patienten peka ut smärtlokalisationen visar han ofta områden, som motsvara ett visst nervrotområde. Den ena veckan är smärtan lokaliserad å lårets baksida och knävecket ( $S_2$ ), den andra veckan å hälens insida ( $L_5$ ), ofta sätter sig smärtan en vist fast i foten, och just då kan akillesenreflexen försvinna ( $L_5, S_1$ ).

Man kan ej undgå att tänka på fullt analoga förhållanden vid kronisk ledgångsreumatism i de leder man kan observera. Ena veckan är *en* fingerled öm och ansvalld en annan dag *en annan* fingerled. Om vi nu tänka oss samma process i smålederna vid lumbalkotorna, skulle vi få en god förklaring på

förhållandena vid ischias. Sakralbenet har ju visserligen inga leder, men ett exsudat från en led sprider sig ju ofta långt ut i angränsande vävnad, vilket vi dagligen se vid den kroniska ledgångsreumatismen.

Ischias-skoliosen och Lasègues symptom får man väl anse som reflektoriska »Abwehrbewegungen». Den vid lumbago förekommande ryggstelheten på grund av kramp i ryggmuskulaturen kan ju vara en liknande »Abwehrbewegung», men kan möjligen å andra sidan tänkas bero på en retning av ryggmuskulernas motoriska rotzon på grund av exsudat.

Vi veta, att man vid ischias kan påvisa tryckpunkter utefter ischia-dicusstammen, och även annorstädes, särskilt en i övre laterala glutealregionen. Först är att märka, att man hos friska personer får fram en smärtförmimelse, om man trycker på en känselnerv mot ett hårt benunderlag. Därför kan man få fram en del tryckpunkter hos fullt friska människor invid kanten av crista illi, i närheten av iliosakralleden, o. s. v. Det synes mig sannolikt att tryckpunkternas lokalisering utefter nervus ischiadicus och över gluteus medius hos en ischiaspatient beror på, att man på dessa punkter kommer bäst åt att trycka den av sjukdomen retade ischiadlcusnervens stam eller sensibla grenar mot underliggande hårt benunderlag. Man finner ju analoga förhållanden vid alla neuralgier.

*Petrén* har påvisat, att ischias är en tämligen sällsynt åkomma vid diabetes tvärt emot den allmänna meningen. Detta stämmer ju väl med hans uppfattning att ischias icke är en neurit utan en neuralgi, således beroende på en lokal åkomma och detta är i god överensstämmelse med uppfattningen att ischias kan uppkomma genom tryck på nervrötterna och ej genom toxiska ämnen i blodet.

*Petrén* har tänkt på möjligheten av ett inflammatoriskt exsudat i trakten av foramen ischiadicum majus, där nerven i en tvär vinkel passerar över bäckenet, som en orsak till ischias. Emellertid synes det mig sannolikare att trycket sker på ett ställe där nerven icke kan vika undan, således i foramen intervertebrale. Ledgångarne mellan lumbalkotorna ligga alldeles intill foramina intervertebralia.

*Dejerine* har visat att de flesta ischiasfall antagligen äro rotischias (*Dejerine Sémiologie des affections du système nerveux*. Paris 1914, sid. 732—733). *Dejerine* anser att smärta vid nysning och hosta förekommer endast vid rotischias. Detta symptom förefinnes, synes det mig, vid de allra flesta fall av ischias. *Dejerine* anger visserligen att de flesta fall av rotischias skulle stå på syfilitisk bas. Detta är möjligen en

observation som speciellt gäller Pariserklientelet, troligare är dock, att rotischias på annan grund än syfilis är nog så vanlig.

*Kahlmeter* har som förklaring av de ischiasliknande nervsymptom, han funnit vid spondylitis deformans, tänkt på möjligheten av ett tryck på lumbalplexus — särskilt truncus lumbodorsalis — mellan musculus iliopsoas och de av sjukdomen bildade exostoserna på lumbalkotorna. *Kahlmeter* påpekar, att uppkomsten av nervsymptom vid spondylitis deformans på grund av kompression av de utträdande nerverna i eller i närheten av foramina intervertebralia ej i ett enda fall är bevisad. *Kahlmeter* omnämner i sin avhandling några undersökningar av *H. Svanberg* publicerade i »*Medicinal Record*» 1915. *Svanberg* har företagit sig att medelst seriesnitt genom foramina intervertebralia i hela sin utsträckning undersöka den normala topografien här och speciellt nervernas förhållande till omgivningen. Han fann därvid, att roten har mycket god plats; den upptager blott  $\frac{1}{5}$  av hela tvärsnittsutrymmet inom foramen intervertebrale. Den ligger icke i kontakt med benet någonstades utan fullständigt omgiven av — »simmande uti», som han säger, — fettväv, som bör utgöra en mot kompression mycket skyddande materia. *Kahlmeter* kritiserar emellertid själv *Svanbergs* slutsats, att på grund härav en kompression av nervrötterna vid de kroniska ankyloserande och deformerande ryggradssjukdomarna ej skulle vara möjlig.

*Hedenius* har i sin avhandling om *spondylarthriti*s *Hygiea* 1911 som bekant klargjort skillnaden mellan spondylarthriti s reumatica ankylopoetica och spondylitis deformans (*Hedenius* benämner sjukdomen då ännu spondylarthriti s deformans). Vid båda sjukdomarna förekomma nervsymptom. Vid den förra sjukdomen har *Hedenius* funnit foramina intervertebralia av normal storlek och ingenstades på de tillvaratagna kotorna förträngda av osteofytbildningar. Angående nervsymptomen yttrar sig *Hedenius* på följande sätt: »Jag tror icke heller, att det är rätt att såsom *Oppenheim* m. fl. uppfatta dessa nervfenomen såsom framkallade av benförträngningar av foramina intervertebralia. Dylika ha icke iakttagits vare sig av mig eller andra vid den rena ankyloserande spondylarthriti s. Parästesier, som ändock här stundom uppträda, få nog snarare tillskrivas nervtrycket från inflammatoriskt förändrade mjukdelar i närheten av de angräpnade delarna».

Just häri ligger, tror jag, också förklaringen till symptomen vid den vanliga ischias. Exsudat från mjukdelarna trycka på nervroten i foramen intervertebrale och härvid hjälper det ej, att utrymmet är ganska rundligt tilltaget. Exsudatet kan lika fullt bli tillräckligt massivt för att ge trycksymptom.

Dessa nervtryckssymptom växla från en dag till en annan allt efter graden av mjukdelarnes ansvällning.

Icke endast lumbago och ischias utan även occipitalis neuralgi och cephalgia reumatica synes mig stå i samband med spondylartriter. I ett par av mina kroniska fall har doktor von Bergen lämnat mig uppgift att förändringar i övre halskotorna kunna röntgenologiskt påvisas. Knarr i nacken och inskränkning i huvudets rörelser förefinnas mycket ofta vid occipitalis neuralgi. Då man ju vet att nervus occipitalis major kommer från den andra cervicalroten och att intervertebralleden ligger tätt invid nervrötterna, synes mig sambandet nog så förklarligt mellan en eventuell spondylartrit i övre cervicalregionen och occipitalis neuralgi.

Även vid armneuralgier har jag icke sällan funnit en utbredning av smärtor och parästesier, som icke motsvarar de perifera nervernas utbredningsområde utan gör intryck att vara rotsymptom. Även här har Röntgen i några fall visat förändringar i nedre halskotorna. (Doktor von Bergen.) Att ofta exsudat kan förekomma utan att röntgenologiskt förändringar kunna påvisas, är uppenbart.

Ovanligare än dessa nu nämnda myalgier är myalgia costalis. Detta kan ju väl tänkas sammanhånga därmed, att dorsalregionens nervrötter äro relativt tunna och således ha bättre utrymme i foramina intervertebralia.

Enligt detta resonemang skulle man ju kunna vänta, att ischias skulle vara en vanlig komplikation till kronisk ledgångsreumatism, vilket, som känt, ej är förhållandet. De utstrålade rotsmärtna saknas sällan vid de fall av kronisk ledgångsreumatism där man har rörelseinskränkning eller andra symptom från ryggkotorna, men en typisk ischias är ej vanlig vid kronisk ledgångsreumatism. Jag tror därför ej att det är den vanliga polyartikulära artriten som ger anledning till ischias. Utan jag tror att det är en form av spondylartrit, som motsvarar de så utomordentligt vanliga monoartikulära artriterna. Vi se ju dagligdags artriter i skulderleden eller i knäleden, ofta recidiverande, ofta med subkroniskt förlopp efter ett trauma eller utan påvisbar orsak. Att liknande artriter kunna förekomma även i ryggkotslederna, är ej osannolikt.

*Det synes mig av ovan angivna skäl vara sannolikt, att en stor del ischiasfall och en stor del fall av akut och kronisk myalgi bero på spondylartriter, som med sitt periartikulära exsudat ge trycksymptom från de sensibla nervrötterna.*

I varje fall böra patotogiskt anatomiska undersökningar vid kronisk ischias och vid kroniska myalgier utföras med uppmärksamheten riktad på kotledsaffektioner.

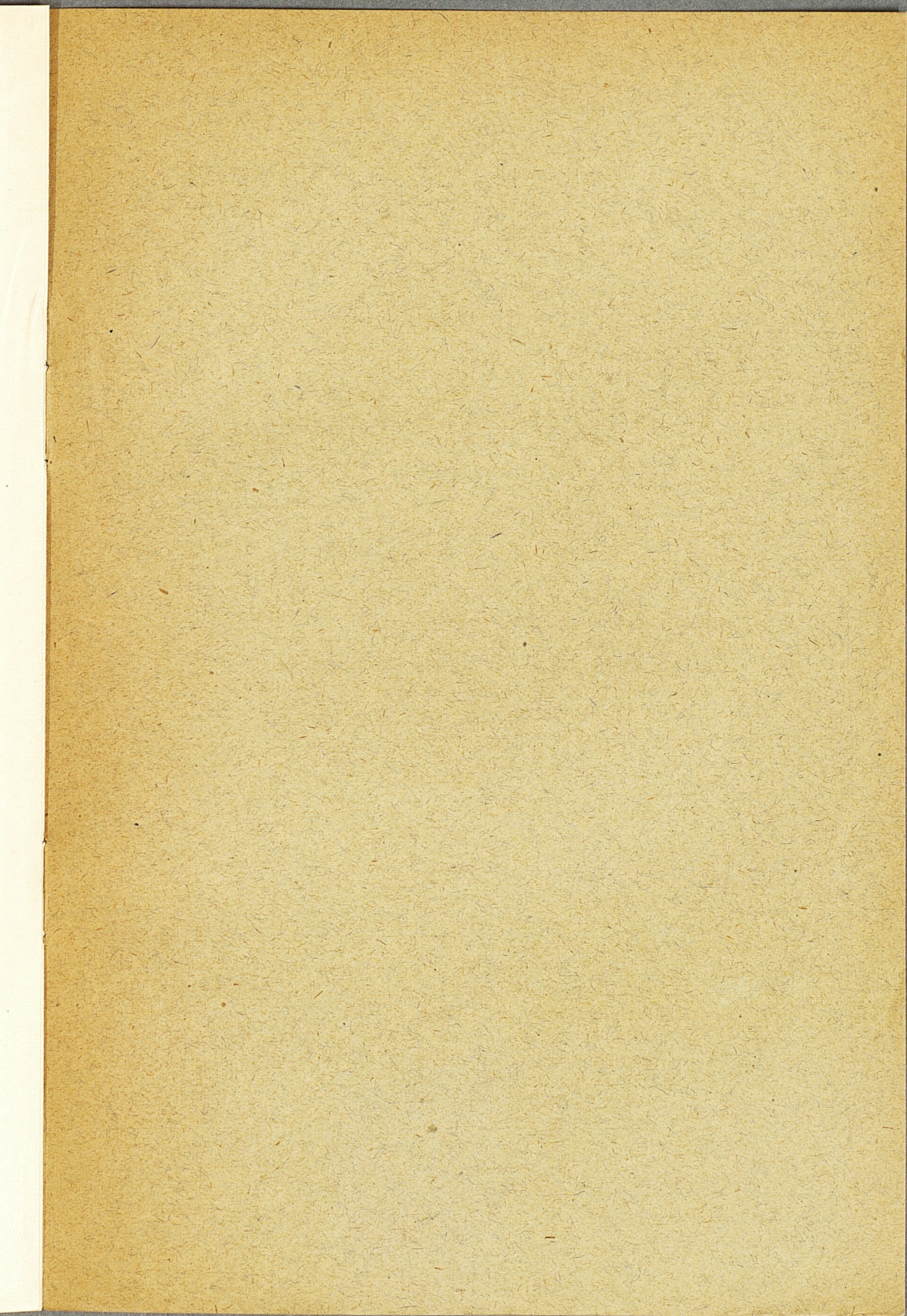
Vad nu terapin beträffar synes mig alla överensstämmelser förefinnas mellan t. ex. en trigeminusneuralgi, förorsakad av ett exsudat djupt inne i en benkanal och en ischias. Patienterna må i båda fallen väl av sängläge. Båda lindras av värme, av massage, av hudretning — vare sig denna framkallas genom ingnidning med liniment eller genom borstfaradisation eller genom Teslaströmmar — ehuru det synes svårt att teoretiskt förklara möjligheten av inverkan så långt från sjukdomshärden. Detta gäller även koksaltinjektionen, som synes ha en smärtstillande verkan, även om den verkställes i de perifert liggande smärtande punkterna långt från sjukdomshärden. Med avseende på den galvaniska strömmen eller diatermin ligga förhållandena något annorlunda, ty här förefinnes den teoretiska möjligheten att driva strömmen eller värmen direkt genom den sjuka härden, även om den ligger djupt inne vid nervrötterna. Understundom har den goda effekten av en sådan behandling synt mig höjd över allt tvivel. Men behandlingen bör ske på det sjuka stället, således genom länd- och korsregionen.

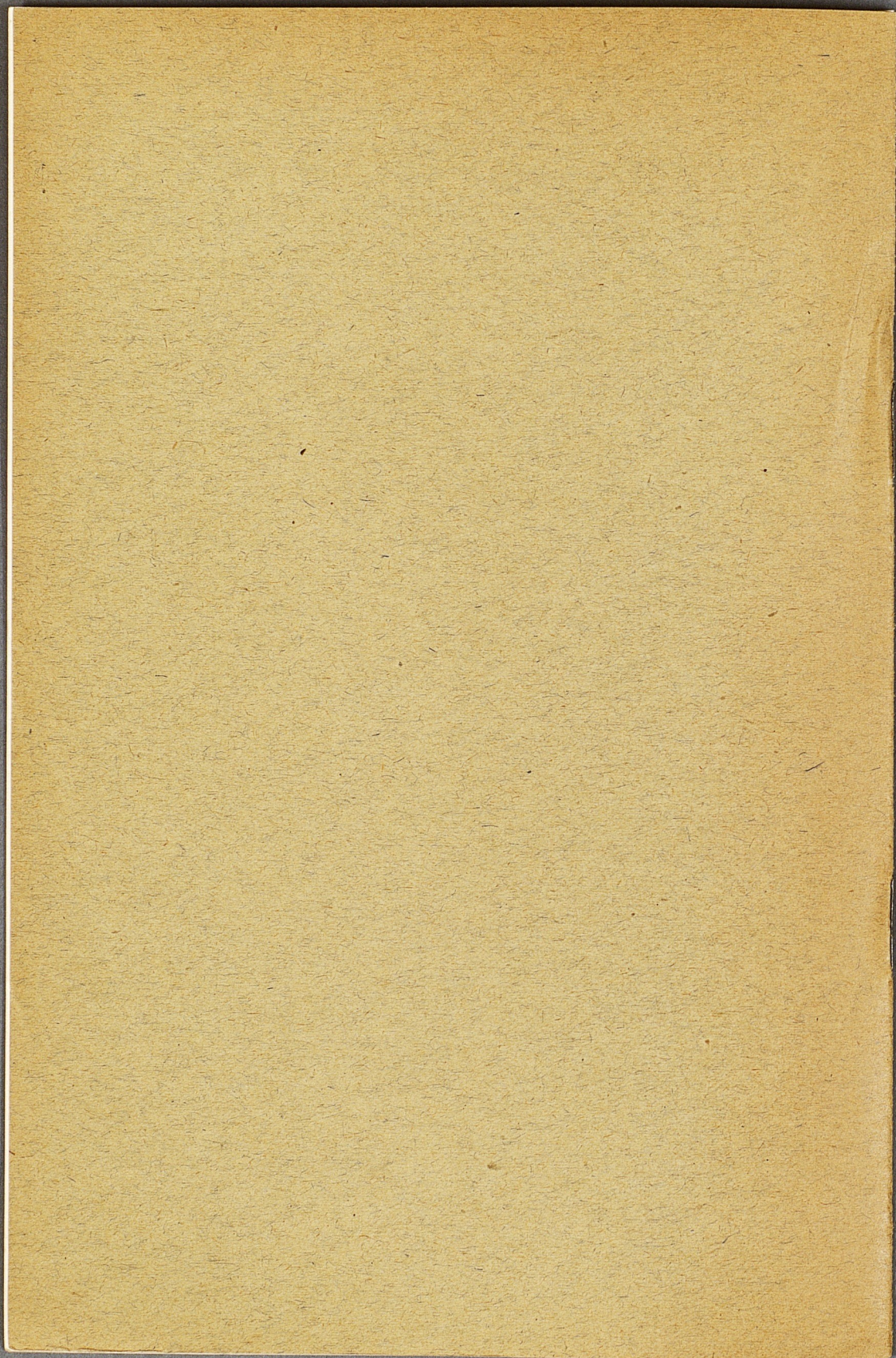
Då nu myalgin för övrigt kan tänkas antagligen framkallad av spondylartritiska exsudat, synes mig terapin böra följa samma vägar som vid behandlingen av ledgångsreumatism. Angående denna sak kan jag ej hänvisa till någon bättre vägledning än den som givits oss av *Israel Hedenius* i hans bok: Om behandlingen av den kroniska polyartriten, Jacob Lund, Köpenhamn, 1919.

#### Slutsatser:

Vi sammanfatta resultatet av vårt resonnemanng i följande satser:

- 1) Det är obevisat och osannolikt, att myiter kunna framkalla symptom av myalgi eller ischias.
- 2) Dessa sjukdomar böra betraktas som neuralgier, ofta framkallade av tryck på musklernas känselnerv (resp. nerv. ischiadicus) genom ett exsudat som trycker nerven mot ett hårt benunderlag på ett ställe där den icke kan vika undan.
- 3) Ett sådant tryck kan bero på exsudativ spondylartrit, och det är troligt, att denna orsak är vanlig.
- 4) Patologiskt anatomiska undersökningar vid fall av kronisk ischias och kroniska myalgier böra utföras med uppmärksamheten riktad på kotledsaffektioner.





[www.books2ebooks.eu](http://www.books2ebooks.eu)