

HEDENIUS, PER ARVID ISRAEL

# Om behandlingen av den kroniska polyartriten.

Khvn  
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.

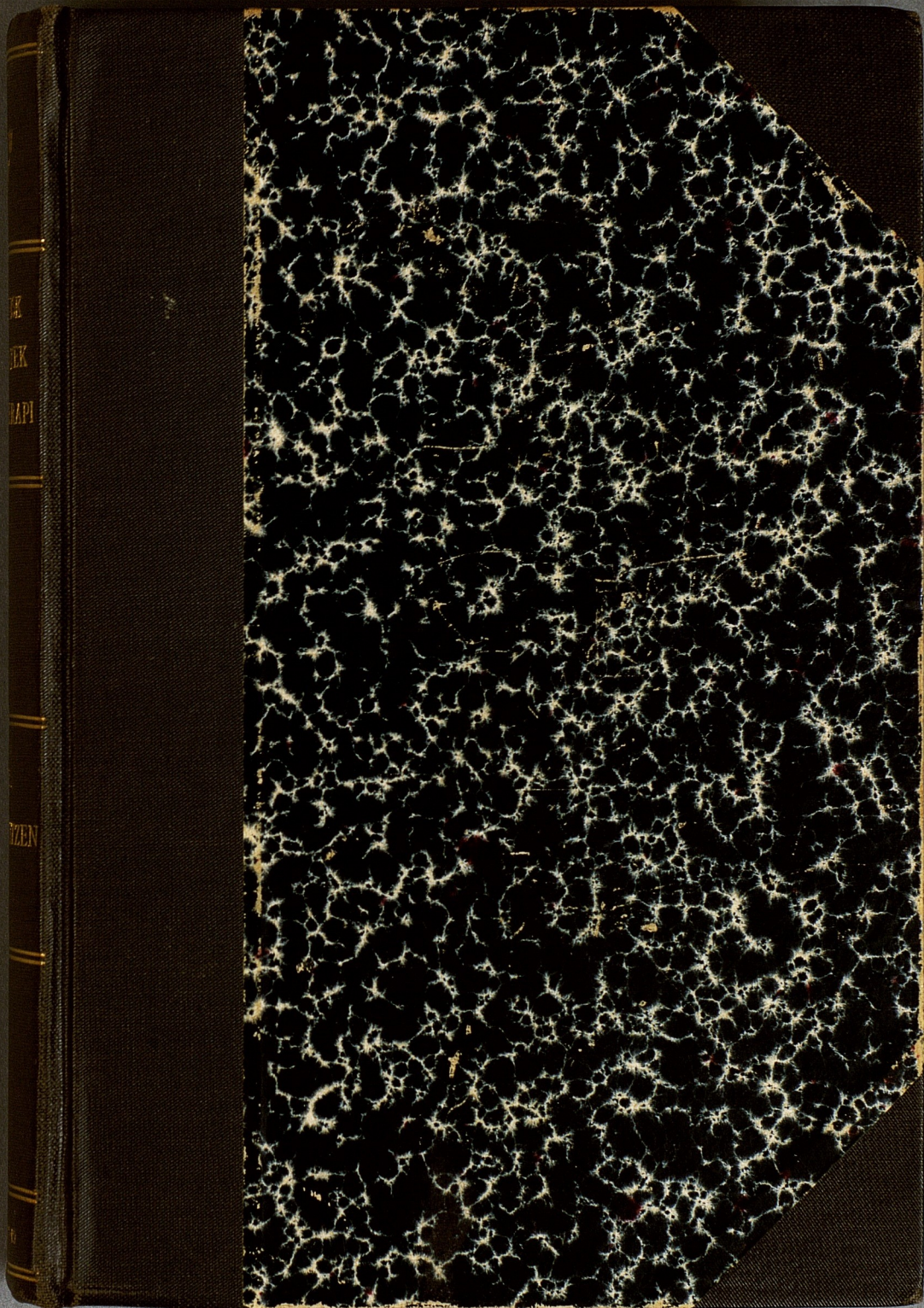
- Villkoren på svenska: <http://books2ebooks.eu/odm/html/nls/sv/agb.html>

## 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/>



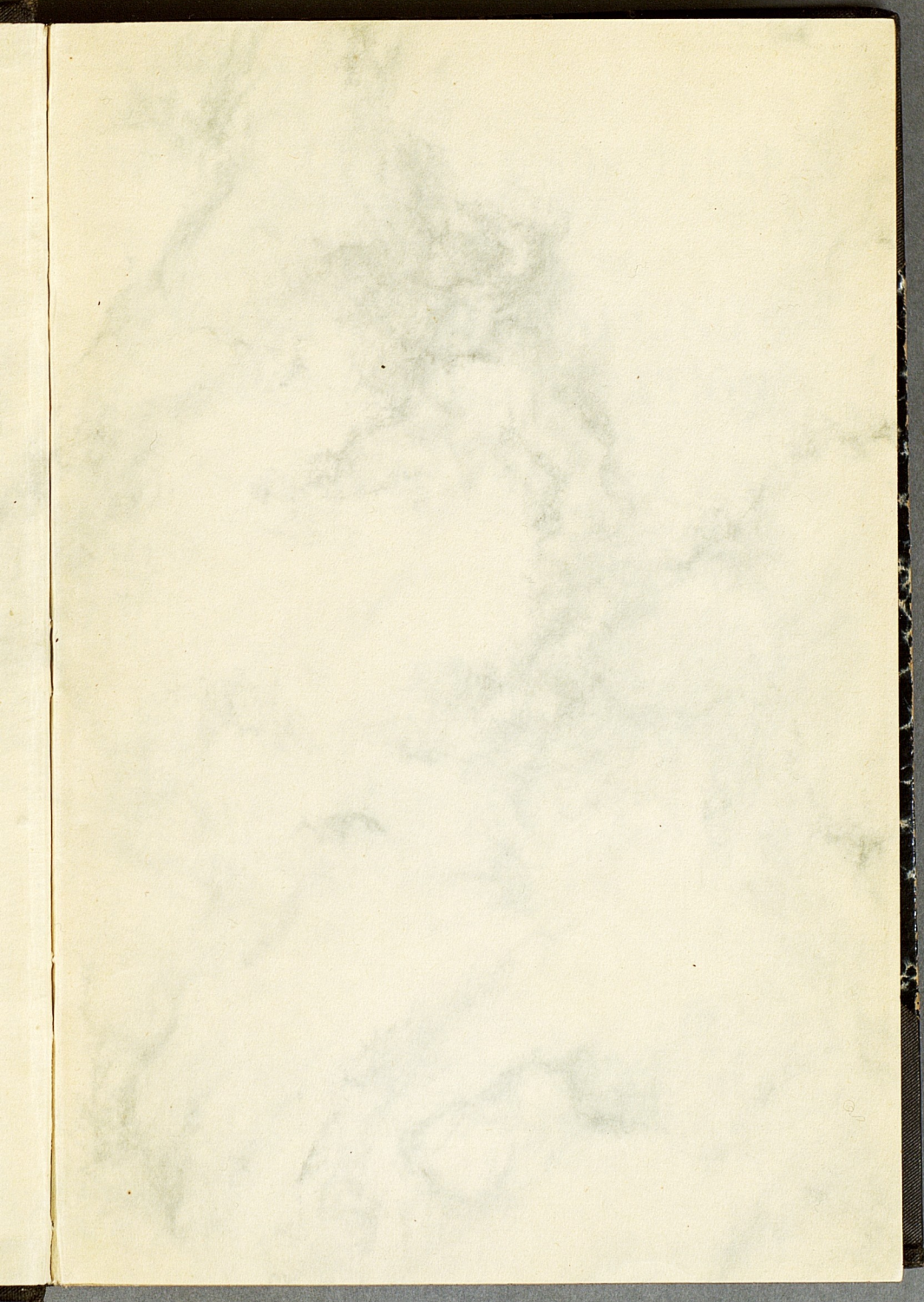
Kungl. Biblioteket  
STOCKHOLM

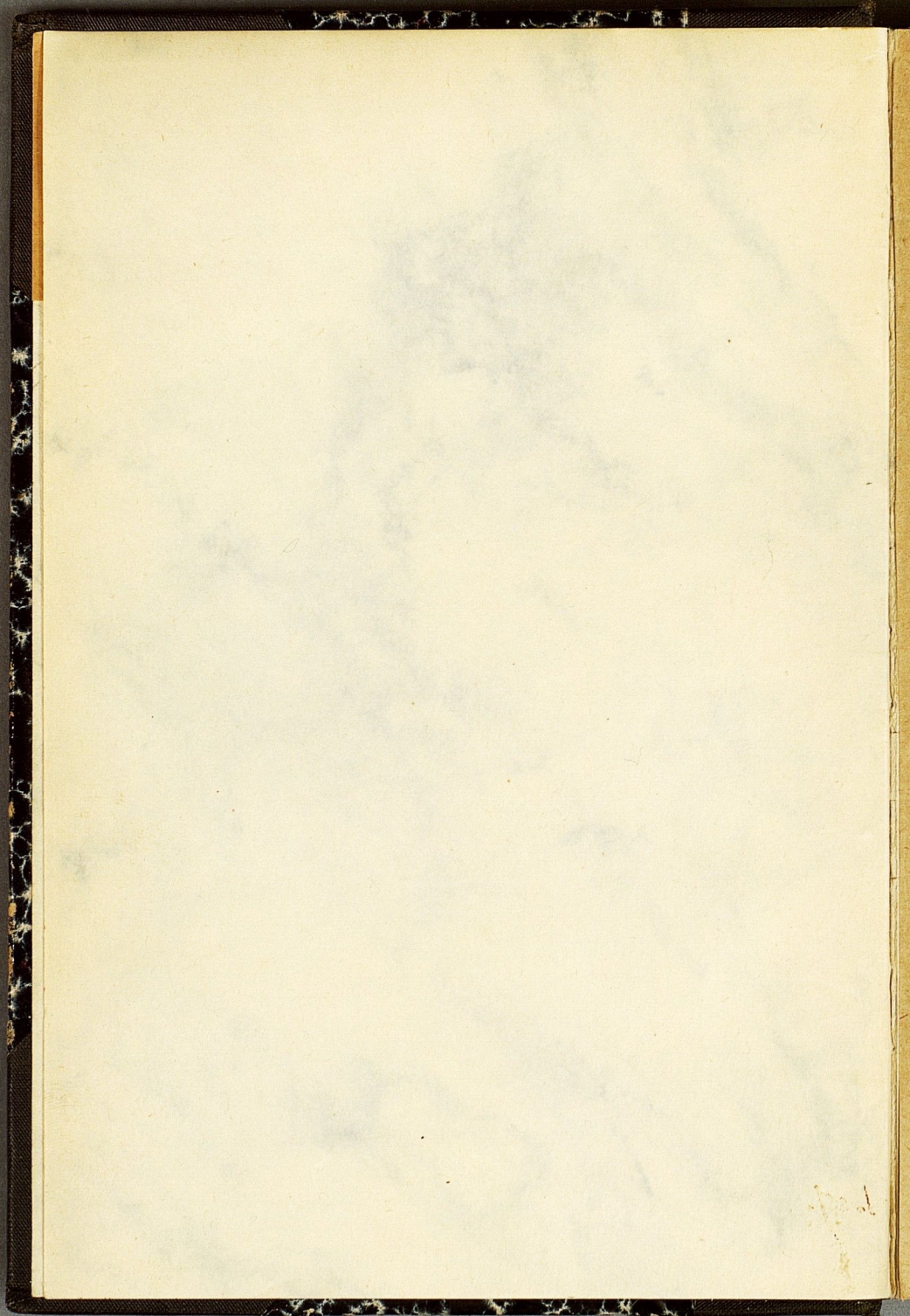
Med

Allm.

Samt

So. 25/  
210



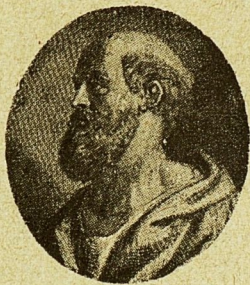


NORDISK BIBLIOTEK FOR TERAPI  
(NORDISK TIDSSKRIFT FOR TERAPI)

# Om behandlingen av den kroniska polyartriten

AV

DR. ISRAEL HEDENIUS  
ÖVERLÄKARE VID SABBÄTBERGS SJUKHUS  
STOCKHOLM



*Hippokrates.*

JACOB LUND · MEDICINSK BOGHANDEL  
KØBENHAVN

For Norge:  
ALB. CAMMERMEYERS FORLAG  
KRISTIANIA

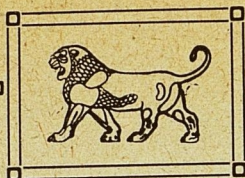
For Sverige og Finland:  
A/B NORDISKA BOKHANDELN  
STOCKHOLM

1919

Bind I · Hæfte 3.

Pris Kr. 1.50.

1915



# Digisolvin

Fysiologisk standardiseret, konstant, holdbart, dansk  
Digitalispræparat.

(Standardiseret af Fru Dr. med. M. Krogh).

## Digisolvin

anvendes baade som Draaber og til Injektion.

**Styrken:** Hver 1 ccm indeholder 133 Digitalisenheder

(Se Ugeskrift for Læger Nr. 22, 1918, Pag. 874).

Enkelt Dosis 0.50—1.00 ccm.

1 ccm = 25 Draaber.

Prisen pr. Fl. à 15 ccm = 2.00 Kr.

Pris i Ampuller à 1,1 ccm = 3.50 Kr.

pr. Æske à 10 Ampuller.

ooo

## Løvens kemiske Fabrik

Amagertorv 33.

*Faas paa Apotekerne.*

# NORDISK BIBLIOTEK FOR TERAPI

(NORDISK TIDSSKRIFT FOR TERAPI)

REDIGERET AF DR. MED. MARIUS LAURITZEN

I SAMARBEJDE MED

Prof. HJ. von BONSDORFF, Helsingfors, Prof. JACQUES BORELIUS, Lund, Prof. K. DAHLGREN, Göteborg, Prof. G. EKEHORN, Stockholm, Prof. RAGNAR FRIBERGER, Upsala, Dr. med. THEODOR FRÖLICH, Kristiania, Overlæge OLAV HANSEN, Bergen, Overlæge I. HEDENIUS, Stockholm, Prof. ISRAEL HOLMGREN, Stockholm, Overlæge H. KÖSTER, Göteborg, Dr. med. SIGVARD MADSEN, Bergen, Prof. KARL PETRÉN, Lund, Dr. JACOB ROLL, Kristiania, Overlæge VICTOR SCHEEL, København, Prof. OSSIAN SCHAUMAN, Helsingfors, Overlæge CARL WESSEL, København.

BIND I

HÆFTE 3



*Hippokrates.*

JACOB LUND • MEDICINSK BOGHANDEL  
K Ø B E N H A V N

For Norge:  
ALB. CAMMERMEYERS FORLAG  
KRISTIANIA

For Sverige og Finland:  
A/B NORDISKA BOKHANDELN  
STOCKHOLM

1919

## INDHOLD.

---

	Side
Litteratur .....	4
Inledning .....	5
Kausal terapi .....	9
Hygienisk terapi .....	15
Komplikationernas behandling .....	19
Medikamentös terapi .....	23
Fysikalisk behandling .....	28
Hydroterapi och termoterapi .....	32
Galvanoterapi .....	38
Radioterapi .....	40

---

OM  
BEHANDLINGEN AV DEN  
KRONISKA POLYARTRITEN

AV

DR. ISRAEL HEDENIUS

ÖVERLÄKARE VID SABBATSBERGS SJUKHUS  
STOCKHOLM



JACOB LUND • MEDICINSK BOGHANDEL  
KØBENHAVN

For Norge:  
ALB. CAMMERMEYERS FORLAG  
KRISTIANIA

For Sverige og Finland:  
A/B NORDISKA BOKHANDELN  
STOCKHOLM

1919



## LITTERATUR:

1. *His, W.* Der chronische Gelenkrheumatismus. Die deutsche Klinik Bd. XI, s. 269, 1907.
2. *Hoffa & Wollenberg.* Arthritis deformans u. sogenannter chron. Gelenkrheumatismus. F. Enke, Stuttgart 1908.
3. *Lommel, F.* Handbuch d. inn. Medizin, v. *Mohr* u. *Staehelein*. Bd. IV, 1912.
4. *Ljungdahl, M.* Lärobok i intern medicin av *Faber, Holst* och *Petrén*, Bd. II, s. 496, Köpenhamn 1916.
5. *Forssner, G.* Pleomorfa baciller i blod, lymfkörtlar och ledexsudat. Nord. Med. Arkiv Avd. II, Bd. 48, häfte 2, N:o 12, 1915.
6. *Marcus, K.* Terapeutiskt Vademecum av *Hedenius*, Sthlm, 1918, Kap. XII.
7. *Hedenius, I.* Några synpunkter vid behandl. af den kron. polyartriten, spec. med s. k. gyttejbad. Nord. Tidskrift f. Terapi, Köpenhamn 1910.
8. *Kahlmeter, G.* Bidrag till kännedomen om spondylitis deformans. Sv. Läkaresällsk. Handlingar. Bd. 44, N:o 2. Sthlm. 1918.
9. *Hedenius, I.* Om indikationerna för den fysikaliska terapien vid de s. k. reumatiska sjukdomarna. Allm. Sv. Läkaretidningen 1910, Nr. 37.
10. *Hedenius, I.* Terapeutiskt Vademecum, Kap. IX. Rörelseorganens sjukdomar, sid. 407. Sthlm. 1918.
11. *Kleen, Emil A. G.* Handbok i massage och sjukgymnastik, Sthlm. 1911.
12. *Hedenius, I.* Om spondylarthritis. Hygiea 1911, s. 1.
13. *Friberger, R.* Om blodtryck och pulsfrekvens vid massagebad. Ups. Läk.f.s Förh. N. F. B. 23, häfte 5—6, s. 387. 1918.
14. *Kowarschik, J.* Die Diathermie. J. Springer, Berlin 1914.
15. *Falta, W.* Die Behandlung inn. Krankheiten mit radioaktiven Substanzen. J. Springer, Berlin 1918.

Behandlingen av en polyartrit, som tagit eller hotar att taga ett kroniskt förlopp, anses väl allmänt vara en av internistens svåraste och mest tålmodsprövande uppgifter. Framgången av behandlingen motsvarar ju alltför ofta ej det på densamma nedlagda arbetet. Skall överhuvud terapien inom detta ofta otacksamma område leda till ett positivt resultat, måste densamma med största möjliga hänsyn tagen till fallets etiologi och utvecklingsgrad i patologisk-anatomiskt avseende samt med användande av våra nuvarande relativt rikhaltiga medikamentösa och fysikaliska hjälpmedel noggrant och under ständig läkarekontroll individualiseras. Terapien måste med andra ord såväl här som annorstädes ställa sig på en såvitt möjligt exakt vetenskaplig bas och icke följa schablonmässigt anordnade vägar, vilket just beträffande dessa sjukdomar tyvärr ofta ännu är fallet. Härigenom kan åtminstone i allmänhet undvikas, att en direkt försämring framkallas genom en olämpligt anordnad behandling.

Först och främst böra sålunda diagnostikens alla hjälpmedel anlitas, även beträffande de relativt enkla polyartriternas behandling. Den behandlande läkaren måste själv uppöva sin förmåga av inspektion och palpation av ledgångarne och sin förmåga av omdöme angående ledgångens funktion och angående arten och

utvecklingsgraden av den förefindliga patologisk-anatomiska förändringen samt för detta ändamål, även vad beträffar vanliga polyartriter, i större utsträckning än vad som hittills varit vanligt, taga Röntgendiagnostiken till hjälp. Utan den möjligast exakta diagnos är här ingen exakt terapi tänkbar.

Få sjukdomsgrupper inom den speciella patologien ha väl i avseende på den diagnostiska uppdelningen varit föremål för så många olika förslag som de kroniska polyartriterna. Man behöver endast kasta en blick i Pribrams framställning av dessa sjukdomar i Nothnagels bekanta handbok. Vårt nuvarande sätt att se på denna fråga är ett slags förenklad kompromiss mellan olika indelningsgrunder. Då etiologien till dessa sjukdomar i många avseenden fortfarande är okänd, har en verkligt etiologisk indelningsgrund ännu ej kunnat genomföras, och på grund av den patologisk-anatomiska sjukdomsprocessens ofta gradvisa utveckling och dess olika fasers diffusa övergång i varandra måste även en patologisk-anatomisk indelningsgrund för polyartriterna te sig synnerligen diffus. Genom att sammanslå etiologiska och anatomiska synpunkter synes man nu tämligen allmänt (*His*<sup>1</sup>), *Hoffa & Wollenberg*<sup>2</sup>), *Lommel*<sup>3</sup>), *Ljungdahl*<sup>4</sup>) m. fl.) hava enat sig om att fastslå en sekundärt och en primärt kronisk form med den patologiska processens begynnelse i ledens mjukdelar (synonialmembranen) samt en från början deformerande artrit eller kanske hellre osteoartrit med primära brosk- och benförändringar. De sekundärt och primärt kroniska sjukdomsformerna likna varandra i avseende på den patologiska processens första angreppspunkter och ofta i avseende på dess vidare utveckling till en brosk- och

bendestruerande samt benprolifererande typ, men kunna särskiljas i etiologiskt avseende därigenom, att den sekundär-kroniska polyartriten har ett infektiöst ursprung och uppträder såsom en följd av en akut »reumatisk« polyartrit eller såsom polyartriter efter gonorrhé, sepsis, scarlatina m. fl. infektionssjukdomar. Den primär-kroniska artritens infektiösa natur är däremot hittills icke med säkerhet bevisad, ehuru undersökningar från skilda håll, bl. a. av *G. Forssner*<sup>5)</sup>, synas giva stöd åt ett dylikt antagande. Den nyssnämnda tredje huvudgruppen av kronisk artrit, den från början deformerande, visar till skillnad från de föregående grupperna inga eller endast övergående inflammatoriska förändringar i synovialmembranen. I etiologien till denna form träffas i allmänhet traumatiska eller statiska rubbningar samt även ofta, såsom en ej oviktig faktor, den lokala arteriosklerosen. Den primärt deformerande artriten är ju ock i allmänhet ett den högra ålderns lidande.

Vad som i hög grad bidragit till förvirringen i nomenklaturen är, att den primärkroniska artritens svårare former på många håll ännu benämnas arthritus chronica deformans progressiva. Endast i det avseendet kan ett dylikt namn ännu anses försvarligt, att de flesta synovialt börjande artriter så småningom kompliceras med förändringar av anatomiskt sett deformerande typ. I viss mån flytande övergångar finnas sålunda mellan de två första, synovialt begynnande sjukdomsgrupperna och den primära arthritus deformans. Dylåka övergångar äro nästan lika vanliga vid den sekundärkroniska, infektiösa polyartriten som vid den primärkroniska.

En såvitt möjligt exakt och detaljerad diagnos vid varje kronisk artrit är sålunda grundläggande för en

rationell terapi, då ju behandlingen är väsentligt olikartad vid de inflammatoriska eller infektiösa formerna å ena sidan och vid de enbart destruerande-deformerande å den andra. Den efterföljande framställningen kommer att omfatta endast den s. k. interna behandlingen med dess fysikaliska hjälpmedel. De ortopediska ingreppen och dessas speciella indikationer ligga sålunda utanför ämnet. Emellertid vill jag i detta sammanhang framhålla det beklagliga uti, att ett intimt samarbete inom dessa sjukdomars terapi mellan internister och ortopeder ännu är så föga utvecklat i vårt land. I ett stort antal fall av helt eller delvis utläkta eller stationära artriter kan dock endast ett dylikt samarbete leda till en verkligt effektiv terapi. Internisten betraktar ofta de ortopediska fallen såsom hopplösa eller, vilket måhända är ännu beklagligare, såsom lämpliga för en fortsatt, för den sjuka plågsam och kostbar fysikalisk terapi t. ex. vid våra badorter. Ortopeden återigen anlägger ej så sällan en ensidigt mekanisk-statisk synpunkt även på de polyartriter, där en verklig inflammationsprocess ännu är pågående. Ställföreträdarne för båda dessa fack borde mer än hittills stödja och korrigera varandra. Härigenom skulle säkerligen många försummelser och misstag undvikas.

Enligt min uppfattning bör internisten ej befatta sig med andra kirurgiska behandlingar av lederna än med enkla tappningar av synovialvätska med efterföljande utsköljning av leden samt med enklare immobiliseringsförband. Höggradigare fall av deformation speciellt i knän och ryggrad, utläkta ankyloser, höggradiga kontrakturer och felställningar, såsom pedes plani o. d. tillhöra helt det ortopediska området. Invärtes-läkaren

har här endast till uppgift att före sin hänvisning till den ortopediska vården förvissa sig om, att inflammationsprocessen i den ifrågavarande leden är hävd eller åtminstone sedan längre tid stationär. De verkligt septiska artriterna, de akuta osteomyeliterna, periostiterna samt den stora gruppen tuberkulösa ledaffektioner höra dessutom till det kirurgiska området. För övrigt förekomma ju ej sällan fall, vid vilka på grund av de diagnostiska svårigheterna en kirurgisk konsultation är väl behöflig.

#### DEN KAUSALA TERAPIEN.

Den mest ideala terapien är naturligtvis den kausala. Svårigheterna för en dylik äro emellertid stora på grund av den växlande etiologien. Upptagandet av en möjligast noggrann anamnes är därför av största vikt. Har artriten anslutit sig direkt till en infektion, är vår första uppgift att söka bestämma dennas bakteriologiska art. Av de septiska sjukdomarna synas som bekant de av strepto- och stafylokocker orsakade företrädesvis angripa lederna. Av »reumatoïda« artriter spelar den gonorroiska praktiskt sett den största rolen. Den specifika bakteriologiska behandlingen av artriterna befinner sig emellertid ännu i försöksstadiet sannolikt på grund av den mångfaldiga variationen i streptokockstammarnas biologi. Av streptokockartriterna är det f. ö. mest de akuta formerna av mera septisk typ, vid vilka hittills såsom ultimum refugium serum eller vaccinationsterapi kommit till användning, då salicylbehandlingen visat sig fruktlös. Oftast torde *Menzers* serum härvid begagnats i dos om 5 kbcm. var annan eller var tredje dag i de akuta

fallen, för de kroniska i något mindre dos. Akuta exacerbationer såsom följd av behandlingen äro vanliga. Själv har jag ingen erfarenhet av en dylik terapi vid de kroniska polyartriterna. Förutom serumterapi har man i dylika fall även försökt polyvalenta streptokock- eller stafylokock-vacciner, hittills med endast ringa framgång.

Mycket längre har den bakteriologiska terapien kommit i avseende på gonokockartriterna.

I mera akuta former ha vi även i vårt land uppnått uppmuntrande resultat med gonargin (*Marcus*<sup>6</sup>) m. fl.) samt även med *Reenstiernas* gonokockserum. Emellertid förhåller det sig utan tvivel så, att den etiologiska bakteriefloran även är ganska olikartad vid de från utretal och genitalslemhinnan infekterade lederna. Icke sällan ser man torpida former av synovit, beledsagade av betydande hydrops, i fall där gonorrhéen för länge sedan är utläkt och inga gonokocker sålunda längre kunna anträffas, men väl ofta flytning med ett flertal andra kocker i sekretet. Dylika synoviter har jag speciellt sett i knälederna och i de stora bäckenbenens synarthrosor (t. ex. synarthrosis sacro-iliaca). I dylika fall ser man ingen effekt av gonokocksera eller vacciner.

Om man sålunda ännu i stort sett rönt föga uppmuntran vid en specifik behandling av de kroniska infektiösa artriterna, dels beroende på svårigheterna att ställa en exakt bakteriologisk diagnos, då etiologien kan vara så mångskiftande, dels i följd av de serologiska medlens ännu bristfälliga utveckling, bör man dock aldrig underlåta att spåra ursprungskällan till den möjliga infektionen i varje särskilt fall. En *desinfektion* av denna *infektionens ingångsport*, kan nämligen även utan en exakt morfologisk bakterie-

*diagnos krönas med en stor framgång.* I en föregående uppsats år 1910 har jag<sup>7)</sup> redan utförligt framhållit betydelsen av den s. k. Waldeyerska lymfoida svalgringen såsom ingångsport för den reumatiska infektionen. De erfarenheter, som då från skilda håll voro vunna, ha sedan dess allt mera bekräftats. Genom ett ständigt samarbete med halsläkarne ha här ock utan tvivel många goda resultat vunnits. *Indikation för en tonsillektomi föreligger först och främst i de sekundärkroniska fallen, där artriten begynt efter föregående angina, och vilka efter varje ny halsaffektion få en exacerbation av sitt lidande, event. förenad med komplikationer från andra serösa hinnor, såsom endo- och pericardium, pleura m. m., där sålunda artriten är av septisk typ.* Anmärkningsvärt är, att tonsillarvävnaden ingalunda alltid behöver vara hypertrofisk och att svalgringen vid ytlig inspektion under fritt intervall synnerligen ofta företer anmärkningsvärt små förändringar. Man får vara förberedd på, att en exacerbation av artriten ofta följer omedelbart på ingreppet. Vanligen äro dessa anfall dock relativt lindriga. Det kan emellertid icke förnekas, att i ett icke obetydligt antal fall resultatet vis à vis artriten blir ringa eller intet, även efter en på ovan angivna indikation företagen tonsillektomi. Enligt min erfarenhet är detta ej sällan fallet med de mera kroniska fallen, vid vilka den ursprungliga halsaffektionen är till tiden ganska avlägsen. Förklaringen härtill skulle kunna tänkas vara den, att infektionsdepåerna i dessa äldre fall redan hunnit förläggas innanför infektionsporten. Icke så sällan träffar man nämligen just här lymfadeniter å halsen. Sannolikt förefinnas dylika även i thorax eller i de utefter rygg-

raden belägna lymfkörtlarna. En Röntgenbild av thorax kan här stundom lämna goda upplysningar.

Även om halsens lymfoida vävnad torde vara infektionsporten i minst hälften, måhända flera fall av den kroniska sekundära polyartriten, återstår dock en stor procent dylika fall, där infektionskällan måste sökas annorstädes. För en del av dessa träffar man förklaringen i en infektion av genitalslemhinnan. Detta är ju allmänt erkänt och beaktat, vad gonorréen beträffar. Ovan har jag redan antytt, att sannolikt andra infektioner i uretralslemhinnan än med gonokocker kunna åtföljas av kroniska ledsymtom. I alla dylika fall torde en kraftig desinfektion av urethra t. ex. efter Janets metod vara tillräddig. Men man bör även erinra sig, att kroniska variga infektioner spec. efter förlossningar och efter operativa ingrepp å den kvinnliga genitalia i årtal kunna visa sig såsom pyemiska infektionskällor ej endast för ledgångar utan för organismen i dess helhet.

Mera sällan torde tarmslemhinnan efter en enterocolit utgöra infektionsporten. Ett fall med sannolikt denna etiologi vill jag här meddela. Sjukhistorien var i korthet följande:

En medelålders arbetare insjuknade med symtom av en akut enterocolit. Tecken på ledgångsreumatism hade ej förut förekommit. Efter någon tid avtogo tarmsymtomen, men tecken till en polyartrit uppträdde med måttlig feber, så att han måste intagas på sjukhus. Här behandlades han utan synnerlig effekt med sängläge, värme och de vanliga salicylsyremedlen, utskrevs efter någon tid och fick då inträde på A. F. I:s Östra Sjukhus. Pat. kunde nu vare uppe men synoviala utgjutningar kvarstodo i knäna, fot- och handleder. Feber subfebril. Från inre organ och urin f. ö. inga anmärkningar, förutom att afföringen var något oregelbunden. *Ledaffektionen syntes ej påverkas synnerligen av salicylsyremedel.* Sedan tarmen behandlats någon tid

med benzonaphthol (0,5 x 3) samt diet, förbättrades tillståndet märkbart, och efter därpå inledd bad- och massagebehandling lämnade han efter en tid sjukhuset, symtomfri.

Sammanträffandet av en förbättring av ledsymtomen och av enterocoliten i detta fall kan ju tänkas ha varit tillfalligt. Emellertid äro dylika iakttagelser förut gjorda och mana till att vid upptagandet av anamnesen för de kroniska polyartriterna även taga hänsyn till föregående enteritsymtom.

Emellertid händer det i ett flertal fall av de kroniska polyartriterna, att den föregående sjukhistorien icke ger någon hållpunkt vare sig för ett akut insjuknande med feber eller än mindre för antagandet av någon bestämd infektiöskälla. Dessa äro de fall med primär synoviallokalisation, som gå under benämningen primärkroniska. Det är just bristen på hållpunkter för en kausal terapi i dessa fall, som till en del vållar den ofta ogynnsamma prognosen hos denna sjukdomsform. För egen del är jag ganska böjd för att just ang. dessa fall tillmäta de yttre hygieniska förhållandena en viss kausal betydelse. Det är enl. alla tillgängliga statistiker (t. ex. *Hoffa* och *Wollenberg*<sup>2)</sup>, *Ljungdahl*<sup>4)</sup>) till övervägande del kvinnor av de socialt sämre lottade klasserna, kanske helst i klimakterieåldern, som angripas av denna sjukdomsform. De yngre individer, som jag skött för primärkronisk artrit, ha i en ej oväsentlig procent haft en anmärkningsvärt fuktig och mörk bostad eller en sysselsättning i affär — t. ex. charkuteri- eller mjölkbutik, tvättinrättning o. d., som utsatt deras leder för starka temperaturväxlingar och fukt, moment, som sedan gammalt alltid ansetts spela en rol inom ledreumatismens etiologi.

Vad slutligen angår den primärt deformerande ar-  
triten har jag redan framhållit, huruledes i dess anamnes  
hos ett övervägande antal fall kunna spåras dels före-  
gående trauma, dels statiska rubbningar. Dylika tra-  
mata behöva ingalunda vara av någon mera våldsamt  
karaktär. Små traumata i viss bestämd riktning inom  
en led, t. ex. vid visst enformigt arbete eller sysselsätt-  
ning, som jag vill kalla *vanetraumata*, kunna vara till-  
räckliga såsom utlösande moment för en småningom  
skeende nötning och destruktion av ledbrosket i en  
förut fysiologisk ledgång. Har en dylik destruktion nått  
över en viss gräns, synes sjukdomen sedan kunna fort-  
skrida, måhända redan på grund av det arbete, som  
leden vid vanlig enkel rörelse är underkastad. Jag be-  
höver endast fästa uppmärksamheten på den s. k. ryt-  
tarecoxiten eller den vanliga deformerande spondyliten  
hos snickare, som ofta använda hyvel eller på det ofta  
uppträdande *malum coxae* hos grovarbetare, vilka en-  
sidigt sysselsatt sig med grävning eller på goniten hos  
maskintrampare. *Kahlmeter*<sup>8)</sup> har nyligen ånyo fram-  
hållit de statiska och traumatiska momentens betydelse  
vid uppkomsten av den deformerande ryggrads-spon-  
dyliten, vars etiologiska faktorer för övrigt synas vara  
identiska med dem för deformerande artrit i andra leder.  
Han anför ock ett vackert exempel på en relativt iso-  
lerad deformerande artrit i falangeallederna hos en  
medelålders massös. I viss mån kan man sålunda säga,  
att vår kännedom om etiologien i dylika fall här gör  
en kausal terapi möjlig. *Ombyte av sysselsättning, för-  
ändring av arbetsställning och framför allt vila för  
den angripna leden äro här synpunkter av avgörande  
betydelse.* Då den deformerande artriten, av vad art den

vara må, till en början oftast är strängt begränsad till sin lokalisation, bör en tidig diagnos vara ett *conditio sine qua non* för att hindra fortskridande och invaliditet. Har först en verklig utnötnings-artrit kunnit utveckla sig, synes verklig hälsa otänkbar.

Det måhända betydelsefulla etiologiska momentet av en perifer extremitetsarterioskleros för uppkomsten av senila deformerande ledförändringar är säkerligen också värt allt beaktande.

Kunna traumatiska och statiska rubbningar hava skadligt inflytande på friska ledgångar, äro dylika än mer beaktansvärda för leder, som redan äro angripna av artrit. Enligt min uppfattning är det fortsatta arbets-traumat av fundamental betydelse för framkallandet av de tidiga och utpräglade deformeringar, vilka hos den synoviala, primär- eller sekundärkroniska artriten så ofta anträffas i hand- och fingerleder, speciellt hos kvinnor inom de arbetande klasserna. Sjukhistorien lämnar vanligen mycket tydliga upplysningar om det ansträngande handarbete, med vilket dylika patienter för sitt uppehälle behövt anstränga sina sjuka leder. Här har läkaren att fylla en humanitär social uppgift av stor betydelse, som hittills blott alltför mycket förbi-setts.

#### HYGIENISK TERAPI.

Av vad här redan påpekats framgår, att vår kausala terapi i ett stort antal fall av primärkroniska och deformerande polyartriter måste taga sikte på att på möjligast bästa sätt ordna den sjukens hygieniska förhållanden, så att de sjukdomen utlösande etiologiska momenten, så vitt ske kan, elimeneras.

En gammal erfarenhet har lärt oss, att torr värme icke allenast fördrages väl utan även har en god inverkan på en kronisk polyartrit speciellt av den primärkroniska sjukdomstypen. Norra Afrikas torra ökenklimat har också sedan länge haft ett gott rykte i dessa sjukdomars klimatologiska terapi. Ehuru ett dylikt luftombyte i de allra flesta fall för dessa socialt ofta vanlottade sjuka icke kan erbjudas, kunna vi dock vid valet av bostad för en kronisk polyartrit bestämt yrka på en solig och torr *bostad*, i vilken en solbestrålning av de sjuka lederna lätt kan genomföras. Dimmig och fuktig luft, spec. under der kallare årstiden, bör framför allt undvikas.

I detta sammanhang bör ock några ord sägas om de sjukas *klädedräkt*. Såsom jag<sup>9)</sup> förut framhållit är ett inom den kroniska polyaritrens symtomklompex tämligen obeaktat symtom hyperidrosen. Denna förekommer i de flesta fallen och synes i desto högra grad utpräglad, ju mer progredient sjukdomsprocessen är. Svette ningen är mest uttalad i extremiteternas perifera delar, men synes även å bålens hud mycket lätt uppträda efter obetydlig kroppsrörelse. På grund härav är en noggrann vård av huden synnerligen nödvändig. Den avkylning, för vilken huden utsättes, då svetten långsamt får avdunsta, är otvivelaktigt skadlig. Den sjukas hud bör hållas så torr som möjligt genom torkning och ljumma tvättningar. I avseende på klädedräkten bör allt undvikas, som hindrar eller förlångsammnar svettens avdunstning. Kläderna böra alltså vara varma, men ej för täta eller hårt åtsittande, med undantag för de leder, som i smärtlindrande syfte hållas speciellt varma genom omslag l. d.

En annan viktig hygienisk fråga är doseringen av *rörelse och vila*. Rörelser med ansträngande arbete eller belastning för lederna äro utpräglat skadliga för fall av såväl primär som sekundär kronisk typ. Ovan har jag redan framhållit det sannolika uti, att det tunga arbetet orsakar den påskyndade eller utpräglade deformationen i en del dylika fall. Med deformation åsyftas härvid den allmänna felställningen av leden och icke den proliferande bennybildningen eller osteoartriten i inskränkt mening. En måttligt avpassad rörelse för den sjuka leden kan däremot ofta tillåtas och borde stundom vara nyttig särskilt för att fördröja ankylosbildning. Smärtor och speciellt ökad feber lämna en vägledning för bedömandet av huruvida den lämpliga gränsen för rörelse i leden överskridits. Gång kan sålunda tillåtas, till dess att trötthetskänsla och något ökad ömhet inträder i fot- och knäleder, men bör förbjudas, så fort värk eller ökad svullnad, ev. rodnad, d. v. s. ökade tecken till inflammatorisk retning inträtt. Antyder en ökad feber (över  $37,5^{\circ}$  C. i rectum) en tydlig akutisering, bör den sjuka hålla sig stilla oah i svårare fall (över  $38^{\circ}$  C.) intaga sängen. Härav framgår, att *kroppsarbetet måste i varje fall doseras med stor försiktighet, i all synnerhet om en ofta upprerad rörelse kan anses äga någon betydelse för etiologien, såsom redan framhållits beträffande osteoarthritis deformans*. Naturligtvis får härvid hänsyn tagas till sjukdomens utvecklingsgrad samt till dess utbredning i de olika lederna. För att uppehålla patientens mod och särskilt för att något motverka den sekundära muskelatrofien är det av vikt att för den sjuka välja en sysselsättning med handarbete eller dylikt, som befordrar en måttlig muskel-

rörelse. Är detta omöjligt, nödgas man ersätta en dylik med en lätt, allmän massage. De kroniska polyartriterna böra därför även icke hållas till sängs annat än vid de akuta exacerbationerna. Den subfebrila temperatur ( $37,2 - 37,7^0$ ), som även vid de relativt utläkta synoviala sjukdomsformerna är regel, synes icke ökas, då patienten tvingas att sitta uppe så lång stund av dagen, som han själv orkar. Långvariga sänglägen föröka utan tvivel benägenheten för kontrakturer, speciellt i höft- och knäleder.

*Dietfrågan* är i väsentlig grad beroende på, om komplikationen gikt föreligger eller icke. Kombinationsformer mellan gikt samt kronisk, primär och sekundär polyartrit äro utan tvivel synnerligen vanliga, särskilt i polyartritens senare stadier hos något äldre individer. Jag har förut i föregående publikationer<sup>10)</sup> haft tillfälle att närmare precisera min ståndpunkt i denna fråga. Här må endast ytterligare framhållas, att så länge den exakta giktdiagnosen ännu stöter på stora svårigheter vid konstaterandet av *verklig* urikämi, måste allmänpraktikern först och främst hålla sig till urinsyrediatesens kliniska särmärken och handla därefter, varvid naturligtvis en noggrann anamnes blir av den största vikt. Om under sådana omständigheter invetererade och ur terapeutisk synpunkt förtvivlade fall någon tid onödigtvis utsättas för en antigiktisk diet, kan ju ej förvåna och knappast skada den sjuke, om blott dieten icke doktrinärt överdrives. Säkert är, att vid många fall av till synes okomplicerad polyartrit en periodiskt anordnad antigiktisk kost kan vara till nytta, enär i själva verket en kombination med gikt föreligger. Har emellertid den stränga dieten icke inom rimlig tid, t. ex.

några månader, visat ett påtagligt inflytande på sjukdomens utveckling, bör man ej plåga den sjuke med en fortsättning av densamma. Naturligtvis gäller det samma, om allmän kraftnedsättning, anämi eller en hotande avmagring skulle bliva en följd.

*Den kroniska polyartriten fordrar i och för sig ingen strängare diet.* Nutritionstillståndet måste härvid först och främst vara vägledande. Den allmänna kaxexien efter långvarig feber, t. ex. vid den sekundärkroniska formen, måste i möjligaste mån motarbetas genom kraftig föda. Å andra sidan måste en tilltagande obesitas hos äldre patienter av den primärkroniska typen i tid motarbetas, då ju den ökade kroppstyngden har ett väsentligt inflytande på ledgångarnas statik. Vid den inflammatoriska sjukdomsprocessens akutisering är det emellertid nödvändigt att i viss mån anordna en retninglös feberdiet. För övrigt äro exiterande föda och dryck mindre lämpliga. Spirituosa och köttextraktivämnen kunna med skäl förbjudas, särskilt om komplikationen neurit kan spåras.

#### KOMPLIKATIONERNAS BEHANDLING.

Innan man kan skrida till en kraftigare fysikalisk behandling av polyartriterna, är det nödvändigt att taga hänsyn till de komplikationer av sjukdomen, som eventuellt förefinnas. De vanligaste komplikationerna äro anämi, vitium cordis och neuriter. Den bleka hudfärgen hos ifrågavarende patienter är ofta påfallande såväl i ansiktet som å händerna och extremiteterna. Man fäster ofta intet större avseende därvid, då patienterna vanligen länge varit instängda inomhus och ofta legat till

sängs. Emellertid äro även ganska höggradiga anämier, som etiologiskt torde böra sättas i samband med ledaffektioner, ingalunda sällsynta. Ett exempel härpå vill jag här anföra:

T. R., 18-årig man med en primärkronisk artrit, som egendomligt nog börjat i högra höftleden redan vid 6 års ålder. — utan starkare feber — och sedermera så småningom angripit de flesta ledgångar: knä- och fotleder, axel-, armbågs-, hand- och fingerleder under stark värk men med måttlig ansvällning samt på senare tiden ryggradens ledgångar, så att nästan fullständig ankylos utbildat sig i de flesta av dem. I armbågs- och knäleder tämligen höggradiga flektionskontrakturer. I hand- och fingerleder de vid den primärkroniska formen typiska felställningarna. Patienten har ehuru med svårighet kunnat gå till september 1915, men sedan april 1916 måste han intaga sängen. Intogs i ett synnerligen dåligt tillstånd å A. F. I:s östra sjukhus d. 17/7 1916.

Pat. är av något under medellängd och väger endast 28 kg. Muskulaturen synnerligen atrofisk. Han är sängliggande med stel, nästan orörlig rygg. Böjkontrakturer i ungf. 45° i knälederna. Armbågar fixerade i nästan rät vinkel. Axellederna tillåta extension och flexion endast i ringa utsträckning. Hud och slemhinnor synnerligen bleka. Temp. subfebril, 37,4—38,8° C. Inre organ och urin utan anmärkning.

*Blodet* 21/7 1916 E. 1,960000, L. 22,176, Hgl. (A. K.) 57. Differentialräkning av de vita blodkropparna visar: neutrofila L. 80%, eosinofila 0,5%, lymfocyter 16%, öfvergångsformer 3,5%.

På grund av patientens ytterst nedsatta allmäntillstånd fick han till en början endast enkla karbad å 38° C. 2 gånger i veckan samt våtvärmande omslag kring de ömmande och något ansvällda fotlederna. Dessutom salicylsyresalva lokalt å knäna. Internt järn och arsenik. Med denna behandling förbättrades allmäntillståndet så småningom. Vikten, som ännu den 31/8 1916 var 28 kg., ökades: 7/9 29 kg., 14/9 30, 18/10 31, 28/10 31,5, 13/11 32,5, 29/12 34, 1917 i aug. 35,5 och i nov. s. å. 36,5 kg. Temperaturen blev redan i aug. 1916 afebril. Blodet steg under fortsatt järn- och arsenikbehandling:

1916	$\frac{9}{8}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{4}{10}$	$\frac{11}{11}$	$\frac{20}{12}$
E.	3,570000	4,340000	4,650000	5,520000	6,060000
L.	14420	15200	13700	19000	9400
Hgl.	68	61	60	63	65

Med utgången av år 1916 utsätts järn- och arsenikbehandling. Blodundersökningen visar det oaktat:

1917	$\frac{10}{4}$	$\frac{28}{8}$
E.	5,060000	5,780000
L.	8,000	10,700
Hgl.	79	83

Anmärkningsvärt är, huru under järn och arsenikbehandlingen de röda blodkropparnas antal relativt hastigt tillväxer, under det att hämoglobinhalten håller sig konstant och index sålunda fortfarande är låg, samt huru de vita blodkropparnas antal först i dec. 1916 börjar att från en utpräglad leukocytos återgå till mera normala värden. Undersökningarna under år 1917 visa, att blodbilden utan medikamentation så småningom återgår till en jämförelsevis normal typ.

Muskulaturens styrka ökades och den fysikaliska behandlingen kunde mot slutet av år 1916 utökas med gymnastik och galvanisation av lederna. Vid början av sommaren 1917 kunde patienten så småningom åter gå omkring, först skjutande en rullstol fram för sig och sedan med tillhjälp av käpp. Han utskrevs i alla avseenden betydligt förbättrad  $\frac{29}{8}$  1918 för att få badortsbehandling.

Detta fall visar, att en allmänt stärkande terapi ibland kan vara förutsättningen för en kraftigare fysikalisk behandling.

Såväl enligt hittills publicerade statistiker som efter vår praktiska erfarenhet för övrigt är det huvudsakligen de sekundärkroniska polyartriterna, som kompliceras av vitium organicum cordis och höggradigare myokardit. Detta är ju ock a priori antagligt, då de mikrokocker, som vid septiska tillstånd ha benägenhet att lokalisera sig till ledgångarna, även gärna angripa endo- och myokardiet. Man torde därför kunna säga, att ett vitium

vid primärkronisk polyartrit eller vid en primär, deformerande artrit är en sällsynthet, och att det vanligen endast är en tillfällig komplikation utan kausalsammanhang. Ett lätt dekompenjerat hjärtfel är naturligtvis en mycket allvarlig komplikation till polyartriten, även fränsett de fall, där det är fråga om en kronisk, ej fullt utläkt endokardit. Det utgör nämligen ofta ett svårt hinder för en genomförd fysikalisk terapi. De okomplicerade mitralisfelen äro härvid dock relativt gynnsammare än de kombinerade mitralis- och aortafelen, fränsett den viktiga omständigheten, att endokarditen i dessa senare fall tydligen har ett mera protraherat förlopp. Då en pågående endokardit är en av de viktigaste kontraindikationerna för all kraftigare badbehandling, är det av den största betydelse, att man före ordinerandet av en dylik så noggrant som möjligt förvissar sig om, att hjärtinflammationen är utlupen. Detta stöter emellertid på stora praktiska svårigheter. En omsorgsfull anamnes och en längre tids observation av den sjuke med långvarig temperaturmätning kunna dock åtminstone ofta skydda läkaren från alltför stora misstag. Tror man sig emellertid kunna utesluta en pågående endo- eller myokardit, måste man väl tillse, att vitiet är ordentligt kompenserat, innan en ansträngande fysikalisk behandling får börja. Det är därför ej sällan nödvändigt, att förbereda en dylik med en digitaliskur för hjärtat. Naturligtvis är en noggrann övervakning av hjärtat i dylika fall under badbehandlingen ett »conditio sine qua non«. Men även för övrigt bör vid ordinationen av hydroterapien all möjlig hänsyn tagas till patientens funktionella hjärtkraft och helst väljas sådana metoder — kolsyrebad, gymnastikbehand-

ling o. d. — af vilka hans hjärtfel kan ha direkt nytta.

Lätta polyneuriter äro säkerligen en mycket vanligare komplikation särskilt till de primär- och sekundärkroniska artriterna, än man i allmänhet tror. Redan de vanliga distala para- och hyperaesthesierna tyda ju på retningsfenomen i de sensibla nerver, som passera förbi de angripna lederna. I ett övervägande stort antal fall finner man ock en utpräglad ömhet vid palpation av extremiteternas, spec. armarnas, perifera nervstammar. De trofiska rubbningarna inom muskulaturen och huden äro ofta mycket större, än vad som borde motsvara en enkel muskel-inaktivitet på grund av artritens utbredning och synas mig tydligt tala för, att det perifera nervsystemet kan vara mer eller mindre intresserat i sjukdomsprocessen. Äro dessa fenomen särskilt utpräglade i ett visst fall, eller låta periodiskt uppträdande, neuralgiska smärtsensationer, åtföljda av domningskänslor och lindrig distal anästesi, förmoda, att en påtaglig neurit föreligger, så utgör detta en bestämd kontraindikation för en kraftigare massage. Vissa försiktighetsmått bli då för övrigt nödvändiga vid anordning och val av en för fallet lämplig fysikalisk terapi, till vilka jag längre fram vill återkomma. Dylika fall fordra en speciellt noggrann övervakning från läkarens sida vid behandlingen.

#### MEDIKAMENTÖS TERAPI.

Även om vi inom den *medikamentösa terapien* icke som vid den akuta polyartriten äga några måhända kausalt verkande medel, erbjuda sig dock här många

möjligheter till en *verksam symtomatisk behandling*. Redan från början vill jag emellertid bestämdt varna från allt schablonmässigt användande av de vanliga antireumatiska och antineuralgiska medlen i fråga om de kroniska polyartriterna. Särskildt är det alldeles förkastligt att utlämna dessa medel till den sjukas gottfinnande. Lika välgörande som en systematisk användning av salicylsyrepreparater kan vara i en kunnig läkares hand, lika farligt är det att låta den sjuka själv bestämma deras användning. Än mera gäller detta vid dessa kroniska lidanden med avseende på narkotica såsom morfin, pantopon o. d. Man får då oakadt ett ständigt ökande av dosen konstatera en alltjämt minskad effekt.

Bland de medikamentösa medlen blir det först och främst fråga om salicylsyrepreparaten och deras derivat. Verkan av dessa preparat är vid de kroniska polyartriterna ej så gynnsam som vid den akuta reumatiska febern, men vi ha dock genom dessa i de flesta fall möjlighet till en symtomatisk lindring av den sjukas besvär. Påfallande är emellertid, att många kroniska artriter genom salicylsyrepreparaten synas alldeles icke eller endast föga påverkas. Hit höra först och främst de gonorroiska eller kanske rättare de från uretralslemhinnan utgående ledaffektionerna, Poncet's s. k. tuberkulösa polyartriter samt en del av de septiska formerna. Salicylpreparaten ha däremot i allmänhet den påtagligaste effekten vid de akuta polyartriter, som småningom övergå i en kronisk form. I de fall, där de antireumatiska medlen över huvud ha någon inverkan, äro de först och främst indicerade vid akuta exacerbationer med feber. Här äro sänkläget, den lokala

värmebehandlingen, event. en kortare immobilisering av de angripna lederna samt internt salicylpreparat vår standardbehandling. Alltså i huvudsak samma tillvägagångssätt som vid den akuta polyartriten. Vid de primärkroniska formerna nödga oss emellertid patientens tidvis ökade besvär till försök med interna lindringsmedel, även utan att egentlig exacerbation förefinnes. Av viss betydelse är då, att läkaren förordnar medlen såsom »en kur« under bestämd tid för att sedan, då lindring vunnits, så småningom ånyo utsätta dem. Många patienter känna av salicylsyremedlen till en början ett subjektivt välbehag, vilket dock snart upphör, och detta desto förr, ju mera van den sjuke blivit vid desamma. Man hör ofta den klagan från de sjuka att, sedan efter några timmar medlet upphört att verka, de subjektiva obehagen, »tyngd i lederna«, oförmåga till rörelser och värk återkomma med ökad styrka. Det är under dessa förhållanden lämpligt att välja andra preparat. Antipyrin, phenacetin och salipyrin ha synts mig särskildt verksamma och ha den fördelen, att de bättre än salicylsyremedlen fördragas av digestionsorganen. Även av det danska ersättningspreparatet för aspirin, albyl, har jag sett en tillfredsställande verkan, ehuru måhända något mindre kraftig än acetylsalicylsyrans. Genom att föreskriva medlen på lämpliga tider av dygnet kan man undgå en alltför riklig användning. Ofta nödgas stelheden i lederna efter nattens orörlighet att taga ett av dessa preparat före påklädningen. Praktiskt är ock, att låta patienten taga ett dylikt medel strax före en massage- eller gymnastikbehandling, så att medlet under en dylik kan utöva sin smärtlindrande verkan. Hindras den sjuke av sina smärtor att sova, eller kan

han ej komma till ro i sängläget på grund av ömhet, är det ibland nödvändigt att förhöja de antireumatiska medlens verkan genom en kombination med ett narcoticum. Doseringen måste vara mycket försiktig och man bör ofta växla preparat. Redan några droppar tinct. Opii kunna här göra en god verkan. Starkare verka naturligtvis morfin eller pantopon.

Vid de olika formerna av primär artrit deformans komma salicylsyrepreparaten naturligtvis till mindre användning. Det är väsentligen efter akuta traumatiska retningstillstånd, som dessa medel giva en värdefull symptomatisk lindring, särskildt vid de s. k. klämnings- eller inklinningsfenomenen i ledkapseln vid artrit deformans i knä- eller höftled.

En särställning vid den symptomatiska behandlingen intager i viss mån atophanpreparaten. Att dessa vid de giktiska tillstånden många gånger giva en värdefull hjälp, torde de flesta vara eniga om. Men även i de ovan nämnda kombinationsformerna mellan gikt och kronisk artrit ser man stundom en god verkan av dessa medel, som ej sällan överträffar salicylsyrepreparatens. Av en viss vikt är att giva dessa preparat periodiskt, helst 3—4 dagar å rad med ungef. lika lång paus.

Då akutiseringarna ha verklig gikttyp, gör colchicum, speciellt i formen colchicin (dos à 1 mgr) nytta. En ganska frappant verkan har jag funnit i flera fall av envis periartikulär svullnad, som kvarstått efter akuta giktanfall.

Den internt medikamentösa behandlingen av de former, som närma sig typen av en kronisk sepsis bereder alltid svårigheter. Är infektionen bakteriellt diffe-

rentierad, bör här en specifik terapi först och främst ifrågakomma. En dylik torde med våra nuvarande hjälpmedel ha sina största utsikter ifråga om streptokockinfektionerna. Vid den symtomatiska interna behandlingen av hithörande fall har jag någon gång sett en viss verkan af kombinationen salicylpreparat och kina. Eljest torde ett försök med collargol (elektrargol) böra göras, helst i intravenös injektion och ej i för liten dos (5—10 cgr.). Härav ses understundom en viss verkan på temperatur och allmäntillstånd.

Jodpreparatens användning såsom internt medel bör enligt min mening indskränkas till icke febrande fall med kraftig synovialfremitus. De äro absolut kontraindicerade även vid obetydliga feberattacker. — Ibland har jag trott mig finna en viss god verkan, spec. av jodfettestrarna, som ha en långvarig remanens, vid lindriga former av primärt deformerande artrit.

Då det vid de kroniska artriterna mången gång erfordras omväxlingar i den medikamentösa terapien, spelar den lokala, antiflogistisk-derivatoriska behandlingen en viss roll, särskilt i de fall, där digestionskanalens tillstånd icke tillåter intern medikamentation.

Vid häftiga akutiseringar äro immobiliseringsförband med skena vanligen nödvändiga. Närmast leden kan man samtidigt lägga ett s. k. våtvärmande omslag med vatten eller vid bakteriella infektioner sprit, blyvatten, Burowlösning, aluminiumacetatlösning l. d. Jodspritpenslingar göra nytta, särskilt vid periartikulära svullnader och tendovaginiten i närheten av leden, t. ex. vid gonorrhöiska infektioner. Även salicylsyre- eller salicylester-salvor, av vilka flere under olika fabriksnamn (mesotan, salenal, rheumasan etc.) förts i marknaden från de stora

farmaceutiska fabrikerna, kunna användas, spec. vid de sekundärkroniska formerna. Emellertid måste bestämt varnas från en långvarig immobilisering. Svåra ankyloser kunna härav bliva följd.

Vid mindre häftiga akutiseringar äro värmebandager tillräckliga, stundom kombinerade med narkotiserande ingnidningar eller omslag såsom kloroform- och opiumhaltiga liniment. Mot de stundom svåra och besvärande smärtorna vid de kroniska artralgierna har jag sett påtaglig effekt av plåster, t. ex. av Allcocks eller capsicumplåster, som fått omfatta hela ledplanet och ligga kvar cirka fem dagar i sträck.

De kroniska restexsudaten utan större smärtor behandlas bäst med tappning genom troikar och efterföljande sköljning med svag antiseptisk lösning av fenol eller salicylsyra. Är exsudatet alltför fibrinhaltigt och tjockflytande, för att tappas, kunna stundom penslingar med jodsprit eller lätt massage med jodvasogen (6—10 0/0) vara verksamma.

#### FYSIKALISK BEHANDLING.

I *massagen* och *gymnastiken* äga vi ett mycket använt och i många fall ytterst värdefullt terapeutiskt medel vid den kroniska artritens behandling. Av de olika formerna av vår nuvarande massagebehandling skall effleuragen enl. *Kleen*<sup>11)</sup> påskynda den lokala cirkulationen. Friktionen skall verka speciellt resorptionsbefordrande, under det att petrissage och tapotement äro våra bästa medel för en mekanisk retning av muskler och nerver. Om dessa teoretiska förutsättningar,

som ju säkerligen ännu torde vara hypotetiska, \*) kunde antagas vara riktiga, låge ju redan i dem vissa indikationer för den speciella behandlingen av de kroniska polyartriterna och de dem åtföljande muskel- och nervsymtomen. Under det att den manuella specialbehandlingen av dylika fall vanligen måste anförtros åt en massör eller sjukgymnast, ligger det i den behandlande läkarens hand att först och främst bestämma indikationerna för en massagebehandling i det speciella fallet.

Såsom en regel vill jag här framhålla, att *ju mer akut eller ju lättare akutiserande den patologiska processen är i det speciella fallet, desto försiktigare bör man vara med att tillråda massage.* Detta sammanhänger särskilt vid de sekundärkroniska fallen med graden av infektionens utläkning. I viss mån kan denna kontrolleras genom temperaturmätningar, Ännu febrande fall, med aftontemperatur över  $37,7^{\circ}$  C., böra ej masseras. Vid den subfebrila temperatur  $37,2-37,7^{\circ}$ , som under lång tid kan iakttagas vid de primärkroniska formerna av polyartrit, är massage icke alltid kontraindicerad, men dess inverkan bör noggrant övervakas.

Massagens förnämsta uppgift kan anses vara att påskynda resorptionen av kvarstående intrakapsulära exsudat och periartikulära infiltrationer, att söka påverka cirkulationen i omgivningen av leden samt även de trofiska muskelrubbningarna. På grund av vad ovan

---

\*) Nya undersökningar av *Friberger*, Ups. Läkf. Förh. N. F. B. 23 s. 315, visa, att effleuragens och petrissagens hyperämiserande verkan är tivelaktig.

redan framhållits angående nödvändigheten att avvakta en viss utläkning inom den angripna leden, är det uppenbart, att *en god massagebehandling måste individualisera behandlingssättet för varje led för sig*. Det är även tydligt att en lätt effleurage, ev. friktion, bör tålas lättare av en ömtålig ledgång än t. ex. petrissage. Vad de olika sjukdomsformerna angår, torde den relativt utläkta, sekundärkroniska processen vara mera tillgänglig för massage än den vanligen multiplare primärkroniska formen. Just vid de nästan utläkta sekundärkroniska formerna träffar man ofta kvarstående exsudat och periartikulära inflammationsrester. Av en massagebehandling å den primärkroniska artriten däremot har jag sett föga framgång, varför jag här endast sällan plägar anordna massage direkt å själva lederna utan endast å muskulatur och nervstammar. Ledgångarne få i stället behandlas med aktiva och passiva rörelser.

Massage å en av osteoarthritis deformans angripen led torde, både från teoretisk och praktisk synpunkt sett, vara kontraindicerad. Den direkta massagen kan här knappast tänkas medföra någon nytta, men kan mången gång skada i likhet med ett upprepat trauma. Denna synpunkt synes mig vara allt för litet beaktad både av läkare och gymnaster, och i dylika fall ha otvivelaktigt på grund av bristfällig diagnos många skador åstadkommit. Att all massage är kontraindicerad vid tuberkulösa ledaffektioner eller vid septiska tillstånd med varbildningar i leder eller periost, behöver ju icke särskilt påpekas. Redan kroppstemperaturen är vanligen i dylika fall ej så låg, att massage kan ifrågasättas.

En praktiskt viktig sak är, huruvida massage bör komma till användning vid artriter i de till sin fysio-

logiska rörelsefunktion inskränkta smålederna i carpus, tarsus samt i kotornas ledgångar vid spondylarthritis anchylopoëtica. Angående den sistnämnda åkomman har jag<sup>13)</sup> redan förut varnat för all massage, en åsikt till vilken Kleen<sup>11)</sup> helt anslutit sig. Det är utan vidare uppenbart, att dessa leder ligga för djupt in för att kunna påverkas av massage, och den ofta till ryggens mjukdelar lokaliserade (neuralgiska) ömheten förvärras tydligt av en dylik behandling. Men lika orätt anser jag en kraftig massage i synnerhet i form av petrissage vara på de angripna smålederna i carpus och tarsus. Artriten i dylika till sin rörelsefunktion inskränkta leder har en avgjord tendens till ankylosbildning, och vid en massage pressas eventuellt exsudat in mot djupet samt vållar genom tånjningen i ligament och kapslar endast starka smärtor.

Där artriten tenderar till ankylosbildning, torde däremot *gymnastik* för leden vara en bättre behandlingsmetod. Redan ledens fysiologiska rörelse, såvitt möjligt underhållen av den sjuke själv genom icke allt för extrema, aktiva rörelser kan i någon mån motverka en tidig ankylos. Härför talar kraftigt den erkända faran för bestående ledstelhet genom ett långvarigt immobiliseringsförband. Redan den sjukens tendens att hålla leden stilla på grund av den smärta, som en rörelse i densamma utlöser, påskyndar i hög grad ankylosen och torde vara en mycket vanlig och viktig faktor för dess framkallande. Aktiva och passiva, av sakförståndig gymnast utförda rörelser i de leder, där exsudaten begynt att resorberas, äro därför av största vikt. En dylik behandling kan, som ovan framhållits, göras mindre smärtsam genom att på lämplig tid före

densamma låta patienten få ett salicylsyremedel, event. en liten dos narkoticum. Gymnastik för ledgångerna anser jag ock vara en huvudmetod vid behandlingen av de primärkroniska formerna, spec. med sekundär deformande osteoartrit, samt vid olika slag av primär osteoarthritis deformans. Det är klart, att en dylik behandling till en början måste företagas ytterst försiktigt, så att ökade retningsfenomen från ledgången undvikas. Vid isolerade artriter, primära eller sekundära, i axelns och höftens stora kullleder, plägar jag anordna en behandling, vid vilken leden försiktigt rullas, under det att ledkapseln starkt sträcket. I fråga om humeroskapularleden kan detta lätt anordnas så, att den sjuke extenderar sin arm, genom att med handen hålla i ena ändan av ett rep, som, löpande över ett högt placerat block eller horizontal stång, är förenat med en några kilogram vägande tyngd och i en dylik, starkt sträckt ställning själv roterar armen i axelleden. Vid behandling av höftledsartriten placeras den sjuke på låg plint eller soffa, och gymnasten drar det sträckta benet så starkt som möjligt ut från höften samtidigt med att sakta roterande rörelser i höftleden företagas. Av dylika behandlingar har jag sett synnerligen gott resultat i fall, där massage endast gjort skada, Överhuvudtaget torde försiktig rotation av alla kul- eller halv-kullleder med begynnande arthrits deformans kunna tänkas göra nytta.

#### HYDROTHERAPI OCH TERMOTERAPI.

En egendomlig kombination av massage och hydroterapi äro de svenska *massagebaden* med tvållösning

eller gyttja. För denna, till sitt ursprung enligt *A. Levertin* rent svenska hydroterapeutiska metod har jag år 1910 utförligare redogjort i Nord. Tidskrift för Terapi<sup>7)</sup>. Tekniken avviker i någon mån på olika behandlingsorter, huvudsakligen med avseende på om massagebehandlingen avslutas med ett varmt karbad eller uteslutande med dusch, den gamla, s. k. Lokametoden. Det torde icke kunna förnekas, att behandlingsmetoden är något rå, särskilt därför att den av mig härovan såsom mycket viktig framhållna individualiseringen av olika leder allt efter sjukdomens utvecklingsgrad i desamma svårligen låter sig fullt genomföra. Det är emellertid den övervakande läkarens plikt att tillse, att all massage, måhända med undantag för en lätt effleurage, undvikas å de leder, i vilka en akutisering förefinnes eller kan misstänkas vara under uppsegling. Sker detta omsorgsfullt, kunna resultaten bli förvånansvärt tillfredsställande, vilket de flesta svenska badläkare varje sommar hava rikt tillfälle att konstatera.

Vad massagebadens iverkan på kärlsystemet beträffar, har *Friberger*<sup>13)</sup> nyligen i det hela bekräftat de undersökningar, för vilka jag i ovannämnda uppsats redogjort, nämligen att den allmänna kroppsmassagen vid dessa bad väl icke har någon nämnvärd inverkan på det systoliska blodtrycket och pulsfrekvensen hos för övrigt friska, kraftiga individer, men att måttliga stegringar mycket ofta framkallas hos sjuka. *Friberger* anser sig tillika ha funnit att »massagens smärtsamhet har betydelse för blodtrycksstegringens uppkomst«, ett förhållande, vilket i mina fall icke tydligt framträdde. I varje fall synes massagebadens in-

verkan på kärlsystemet omedelbart efter baden upphöra, en omständighet, som gör att baden i ett stort antal fall fördragas av sjuka även med *kompenserade* cirkulationsrubbingar. Ett inkompenserat vitium och höggradigare former av hypertoni utgöra emellertid bestämda kontraindikationer för en dylik badbehandling. För övrigt kan jag fullt instämma i *Fribergers* uppfattning om denna behandlingsmetods tröttande, ja stundom utmattande inverkan på nervsystemet. Jag anser därför, att den helst bör undvikas av asteniska neurastenici och vid höggradig nervositas men framför allt vid artriter, komplicerade med neuritiska eller höggradiga neuralgiska symtom. *De bästa resultaten ser man vid restexsudat och periartikulära infiltrat hos relativt utläkta former av sekundärkroniska artriter.* Men även vid lättare primärkroniska former är effekten ofta uppmuntrande. Själv är jag benägen att i dylika fall först och främst tillskriva den allmänna kroppsmassagen en gynnsam inverkan, möjligen genom dess inflytande på cirkulations- och nervsystemet, event. på ämnesomsättningen. Att man med en behandlingsmetod som dessa gytjtjebad icke gagnar stort vid den primära osteoarthritis deformans, torde få anses naturligt. Ytligt tillgängliga leder, såsom knä- och axelleder, kunna härvid utsättas för oangenäma traumata.

Väsentligt mindre ingripande och även mindre tydligt verksamma äro *karbaden*. Angående dessas temperatur gäller alltså den kända, av *Winternitz* uttalade åsikten om hydroterapi vid ledaffektioner i allmänhet, att ju mera kronisk sjukdomen är, desto bättre fördragas och desto mer indicerade äro de högre värmegraderna. I sjukdomsfall, som ej äro komplicerade av

cirkulationssjukdomar, är således en badtemperatur av 37—39° C. tillrådlig. Ju hetare karbadet gives, desto mer tröttande är det, och man bör därför alltid tillråda den sjuke att efteråt vila en eller annan timme, helst i sängen. Efterföljande avkylning kan, om svettning icke direkt åsyftas, ges såsom dusch eller över-sköljning, helst ej kallare än 25° C. Badens verkan kan förhöjas med tillsats av barravkok eller barrolja (»furunålsbad«), som i lämplig koncentration verkar behagligt hudretande. Användes i stället såsom huderivans s. k. svavellever bör sjölfallet tillses, att detta icke sker i badkar av metall. De imiterade Wiesbader-baden i stark saltlösning och Kreuznacherbadet med Kreuznacherlut hava jämte de övriga nämnda karbadet sin bästa användning vid primärkroniska sjukdomsformer samt för övrigt vid de fall, som genom komplikationer med neuriter eller genom benägenhet för akutiseringar icke tåla massagebehandling i någon form. Alla dessa bad ha dessutom den praktiska fördelen, att de lätt nog kunna arrangeras i den sjukens hem.

*Svettbad* i form av badstu, varmskåp med torr eller fuktig (ånga) värme eller elektriska ljusbad torde ha sina förnämsta indikationer, där man hoppas att genom systematisk svettkur kunna påverka ämnesomsättningen, t. ex. vid misstänkt giktkomplika-tion. De förutsätta naturligen, att den sjuke relativt lätt kan komma i svettning. Dylika bad böra icke drivas till överdriven svettning och avslutas helst med duschavkylning, som åtminstone vid multipla kroniska ledaffektioner icke bör sänkas till alltför låg temperatur. Cirka 25° C. torde i allmänhet vara nog. Ofta låter jag dylika bad avslutas med en relativt het (38—40° C.) stråldusch så-

som ett slags modifierad massage på ledgångar med restexsudat. Svettbaden äro som bekant rätt ansträngande bad, som i likhet med massagebaden dåligt fördragas av nervösa individer, och böra alltid åtföljas av tillräcklig vila.

Vid sjukdomsfall, där artriten egentligen är lokaliserad till en eller några få, t. ex. i samma extremitet liggande ledgångar, komma de *varma inpackningarna* huvudsakligen till sin rätt. De äro synnerligen lämpliga vid komplikationen neurit samt för svagare patienter, som dåligt fördraga helbad. Förutom de heta vattenomslagen äro här omslag med het gyttja eller fango särskilt användbara. Omslagen böra icke appliceras alltför kort; 30—60 min. tålas ofta mycket väl. Bl. a. vid envisa restexsudat ser man här ofta goda resultat. I samma riktning torde inpackningarna i het sand, de s. k. *sandbaden*, verka, av vilka jag många gånger, särskilt vid monoartikulära artriter, sett nytta. Alla inpackningar böra efterföljas av ljumma avtvättningar.

Det kan ej nekas, att nervösa och neurasteniska individer, särskilt med benägenhet för sömnlöshet, tåla alla heta badprocedurer rätt illa. Om de artikulära sjukdomsfenomenen hos dessa äro fullt utläkta och all temperaturförhöjning är borta, plägar jag åt dem samtidigt med varmbadsbehandlingen anordna en lätt kallvattenkur. De få t. ex. ett tvåmassagebad eller någon form av hetbadsbehandling högst varannan dag samt på mellandagarna s. k. halvbad (32—28° C.), lätta, svala 28° C. duschar eller avrivningar. Resultatet av en dylik anordning har i ett stort antal fall synts mig utmärkt, och jag tror mig ha funnit, att patientens

nervsystem vid denna behandling lättare fördragit de heta procedurerna.

Den allra viktigaste regeln vid all hydroterapi av de kroniska artriterna har jag funnit vara *att icke låta den sjuka bada sina ansträngande bad för häftigt eller ofta och att noggrant anpassa badens mängd och temperatur med hänsyn till den sjukes egen individuella konstitution och allmäntillsånd samt icke minst till hans subjektiva befinnande efter badet.*

Jag tror, att alla något erfarnare badläkare skola ge mig rätt häruti. Tyvärr ser man mycket ofta försyndelser mot denna enkla och som det nästan vill synas självfallna regel. Icke sällan återser läkaren den sjuke fullkomligt utmattad efter en badkur, där övervakningen från badläkarens sida varit bristfällig.

Mot användningen av svala, event. kalla bad såsom uteslutande terapi vid kroniska artriter vill jag för min del bestämt varna. Har en sådan kur någon gång ej misslyckats, torde det bero på, att artriterna varit så utläkta, att en *hydroterapi mot dessa* icke varit indicerad. Fullt utläkta fall kunna naturligen, liksom andra friska individer, begagna sig av kalla bad. Badformen spelar då icke längre någon rol. Avser man, såsom ibland är lämpligt, att härda hudsystemet hos en patient med progressiv artrit genom kallvattenskur, måste det ske med stor försiktighet i form av *ljumma* halvbad eller avrivningar, ljumma duschar o. d. samt noga tillse, att hudtemperaturen icke långvarigt avkyles.

Då den *Bier'ska* hyperämibehandlingen för artriterna först lancerades, omfattades den med stor entusiasm, och publikationerna om de utmärkta resultaten, icke

endast av *Bier* och hans lärjungar utan från snart sagt hela den medicinska världen, hopade sig hastigt. Det torde utan överdrift kunna sägas, att entusiasmen under det sist förflutna årtiondet väsentligt svalnat. Själv har jag fått den uppfattningen, att denna behandlingsmetod långt ifrån att ersätta annan hydroterapeutisk behandling endast har ganska trånga gränser för sina indikationer. Otvivelaktigt kan man härmed uppnå ganska goda resultat i en del monoartikulära fall, särskilt av sekundärtyp. Framför allt torde detta vara allmänt erkänt, vad de gonorroiska artriterna beträffar. För de kroniska artriterna torde egentligen endast den aktiva hyperämibehandlingen ha någon betydelse. Svårigheterna att administrera denna behandling hos en sjuk, som har ett flertal leder angripna, är emellertid stor. I allmänhet torde man därför nödgas inskränka sig till att behandla endast ett par leder med värme-lådan. Man kan då därtill lämpligen välja de ledgångar, i vilka restexsudat envist kvarstå, särskilt sådana leder, som visa tendens till ankylosbildning. Efter upphettningen kan då omedelbart en massage eller gymnastisk behandling ansluta sig. Vid dylika former av artrit, speciellt i perifera extremitetsledgångar, kan ock stasbindan användas. Själv har jag dock icke fått några synnerligen goda resultat härav, och denna stasmetod synes dessutom av de sjuka ofta fördragas relativt illa.

#### GALVANOTERAPI.

Behandlingen av artrit med elektriska strömmar har länge varit använd såsom en symptomatisk smärtstillande metod, men först genom senare tidens för-

bättrade metoder och särskilt genom införande av termopenetrationen eller diatermien i vår terapi har elektricitetsbehandlingen fått ett ökat och som det synes berättigat intresse.

Galvanisk ström till genomledning genom lederna har på de senare åren vunnit en allt vidsträcktare användning. I Sverige har *G. Heüman* sedan något årtionde verkat banbrytande för denna behandling. En ström à 5—15 M. A. får flyta genom leden i olika riktningar 30—45—60 min. dagligen. De stora och platta metallektroderna, väl skyddade genom ombundna kompresser av gaz, fixeras kring leden medelst bindor.

Sedan cirka 4 år har jag ofta använt denna behandling för lätt tillgängliga leder, såsom knä- och talokrural-, radiokarpal- och armbågsleder. Resultaten ha synts mig ganska uppmuntrande, särskilt vid kroniska synoviter i knä- och handleder. Men även vid osteoarthritis deformans i knälederna med ofta återkommande retningsfenomen från ledkapseln har jag med denna behandling i ett par fall haft bättre resultat än med alla andra metoder.

För att motverka muskelatrofien har jag ock försökt galvaniska strömmar dels över ryggraden, dels från ryggraden utefter de perifera nervstammarna. Resultaten av dessa försök ha hittills varit föga uppmuntrande.

Den f. n. så moderna *diatermi*behandlingen torde lika litet som den *Bier'ska* hyperämibehandlingen innebära någon revolutionerande förbättring i vår fysikaliska artritterapi. *Kowarschik*<sup>14</sup>) (sid. 123 o. följ.) framhåller, att diatermibehandlingen först och främst är indicerad

vid restexsudat och vid subkroniska fall av sekundär kroniska artriter. Särskildt i äldre fall av gonokockartrit kan framgången vara påtaglig, under det att stor försiktighet erfordras vid de mera akuta stadierna. Den primärkroniska artritén tyckes endast föga påverkas av denna behandling. Däremot har *Kowarschik* sett en synnerligen gynnsam verkan vid den primärt deformerande osteoartritén, t. ex. i knälederna, således ett likartat förhållande som jag ovan framhållit i fråga om den protaherade galvaniska behandlingen. Min erfarenhet beträffande denna behandlingsmetod är ännu så pass obetydlig, att jag här ej vågar uttala något bestämt omdöme. Indikationerna för diatermien vid artriterna synas mig i det hela sammanfalla med dem för den *Bier'ska* behandlingen.

#### RADIOTERAPI.

*Radioterapien* hör ock till våra moderna fysikaliska metoder inom artritbehandlingen. I sin äldsta form, helioterapien, har den dock gamla anor. Av den direkta solbestrålningen, event. ersatt med surrogatet kvartslamppljus, tror jag mig ha sett ganska goda resultat i avseende på den primärkroniska progressiva polyartritén. Såvitt möjligt brukar jag låta dylika patienter under den soliga årstiden taga en direkt solbestrålning på de angripna lederna under en till flera timmar dagligen och avslutar en dylik seans med ljumma avtvättningar. Åtminstone subjektivt har en dylik behandling vanligen en mycket angenäm inverkan. Särskilt har den synts mig hava en viss inverkan på den ovan framhållna, ofta besvärande, perifera hyperidrosen.

Radioterapien i mera inskränkt mening har vid behandlingen av de kroniska artriterna under det sista årtiondet varit föremål för ett stort vetenskapligt intresse. *Löwenthal, Strasser och Selka, Laqueur, Lazarus, E. Kraus, Gottlieb* m. fl. ägnade bland de första denna fråga ett ingående studium, som sedermera ivrigt fullföljts bl. a. från *His'* klinik i Berlin (*His, Gudzent* m. fl.) och från *Wienerklinikerna* av *von Noorden* och många av hans lärjungar, såsom *Falta* och *Freund*. Radiumemanationsinstitut för behandling av giktiska och reumatiska ledaffektioner upprättades ock överallt i hela världen, men efter en tid av stor entusiasm förefaller det nu som om intresset för en dylik behandling väsentligt svalnat, sedan man insett, att man icke heller i denna metod äntligen funnit den verkligt kurativa fysikaliska behandlingen för dessa från terapeutisk synpunkt så resistent lidanden. Helt nyligen har *W. Falta*<sup>15)</sup> i ett större arbete sammanfattat vår hittills nådda kunskap om behandlingen av invärtes sjukdomar i allmänhet med radioaktiva substanser samt även framlagt sina egna erfarenheter på detta område. Med avseende på dessa medels inverkan på de kroniska artriterna företräder *Falta* en, som det förefaller, utpräglat optimistisk uppfattning och framhåller »dass bei gewissen Formen der primär chronischen Arthritis die Radiumemanationsbehandlung sich eine feste Stellung in der Therapie erworben hat«. Han stöder härvid sin erfarenhet på ett material av över 1000 egna fall, delvis observerade tillsammans med *Freund*. I allmänhet synes han ha begynt med drickkurer, först med mindre doser, cirka 1000 M. E. pro die, vilken dos under loppet av 2—3 veckor så småningom ökats till 150000—300000,

ända till 1000000 M. E. pro die. Om drickkuren icke ledt till resultat, inledes inhalationsbehandling: 2 timmars seans i rum med 20 M. E. p. l., vilken dos även efter hand ökas till 100—400—600 M. E. p. l. *Falta* framhåller, att man genom en sådan försiktig ökning av doseringen skulle kunna i flertalet fall undvika den från alla håll iakttagna, oangenäma s. k. reaktionen med ökade smärtor och svullnad, lätt febrerörelse o. s. v. eller med andra ord sjukdomens tillfälliga akutisering. Gentemot *Gudzent* m. fl. framhåller *Falta* betydelsen för behandlingen av de stora doserna. Den av dessa framkallade leukopenien anser han icke äga någon betydelse, då intet bevis förebärts, att den av lägre dosering framkallade leukocytosen skulle vara av terapeutisk betydelse. I svårare former är sängläge under kuren att rekommendera. Speciellt vid de primärkroniska formerna av artrit har *Falta* uppnått en mängd goda, delvis glänsande resultat, »bättre än med någon annan behandlingsmetod«, och dessa förbättringar synas ha delvis varit ganska varaktiga. Bestämda kontraindikationer mot behandlingen utgöra: akuta endokarditer, benägenhet för blödningar, en del neurasteniska och hysteriska tillstånd samt höggradig dysmenorrhöe. I de torra formerna (»polyarthrits chronica sicca«) av den primärkroniska typen med starka artralgiier samt vid bakteriella artrit och osteoarthritis deformans ha *Faltas* resultat däremot icke varit synnerligen uppmuntrande.

Själv har jag i ett icke så ringa antal fall prövat inverkan av drickkurer vid den kroniska artriten. Därvid har jag vanligtvis hållit mig vid en rel. låg dos, 75000—125000 M. E. pro die. Emellertid har jag haft relativt svårt att bilda mig en bestämd uppfattning om

det kurativa resultatet, enär ofta den s. k. reaktionen även vid dessa små doser var ganska besvärande. Av inhalationsbehandlingen i emanatorium har jag några gånger sett vissa resultat, vilka dock icke bibringat mig den uppfattningen, att radiumbehandlingen i sin verkan varit andra metoder avgjort överlägsen.

Att en radiumbehandling, speciellt måhända i de ovan flestades framhållna blandformerna av gikt och kronisk artrit, måste anses äga ett visst värde, torde emellertid få anses otvivelaktigt. Redan den gamla gynnsamma erfarenheten från de radioaktiva källorna, Gastein, Joachimsthal, Kreuznach m. fl., talar bestämt härför. Svårigheterna möta måhända i att på konstgjord väg få tillräckligt starka doser vid vattendrickning och i emanatorier. *Falta* ställer sig bestämt avvisande mot försöken att vid artritbehandlingen begagna sig av de fasta radioaktiva substanserna, såsom thorium X och aktinium X såsom varande båda overksamma och icke utan risk för den sjuke.

Slutligen vill jag framhålla, att *Röntgenbestrålningen* icke torde sakna sin betydelse vid den kroniska polyartritens behandling. Speciellt kunna härvid de neuralgiforma smärtorna gynnsamt påverkas. Även i ett fall av arthritus destruens coxae (begynnande osteoarthritis deformans) har jag av Röntgenbehandlingen sett en gynnsam effekt.

---

Såsom slutomdöme angående den fysikaliska behandlingen av de kroniska polyartriterna vill jag framhålla, att det mången gång kanske icke kommer så

mycket an på, vilken metod, som väljes, utan fast mer därpå, huru den av läkaren eller hans medhjälpare, gymnaster, badbetjäning etc., handhaves, samt att framför allt den noggrannaste övervakning äger rum, så att vår första terapeutiska regel: non nocere vägleder vårt handlande. Många misslyckade försök och många motigheter möta ofta vår terapi vid de kroniska polyartriterna, men det gäller här, att läkaren med ett kärleksfullt tålmod uppjuder hela sin energi för att åtminstone lindra dessa stackars sjukas svåra lidande, som är så särskilt tungt, emedan det kan vara lika länge som livet.

---

D  
lar  
Ser  
til  
læge  
LØV  
infek  
og F  
statsl  
Man

Cigarer

Cigaretter

fra Lager.

Fineste Ejendomsmærker til billigste Priser.

Alle originale Cigarer fra anerkendte Fabrikker føres.

Helgolandsgade 11. **E. Krüger & Co.** København B.

Telefoner: Central 117 og 12 117.

Leverandører til Forbrugsforeningen for Embedsmænd samt Læger.

## Specialist i Brokbandager.

Mangeaarig Leverandør til Dronning Louises

Børnehospital, Kommune- og Rigshospitalet.

Bandagist **R. J. OSTERMANN**, Kronprinsensgade 4

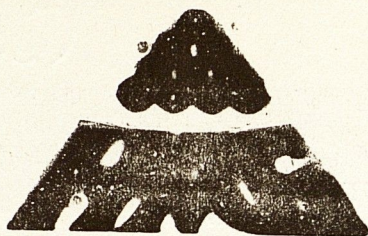
**DR. LEININGER'S FASTE FORMALDEHYD**  
 til Desinfektion, leveres i Krukker eller smaa Haandlamper, fuldt færdige til Brug. **Eneste Methode**, der er absolut betryggende og farefri — endv. enkel, praktisk og billig. — **Methoden** er prøvet paa Statens Seruminstitut, paa Institutets eget Initiativ og Bekostning, og godkendt til Brug til offentlig Desinfektion i Cirkulære af <sup>24</sup>/<sub>4</sub> 14 fra Sundhedsstyrelsen til Embedslægerne. — Talrige Attester og Anbefal. fra Sundhedsautoriteter fra alle Lande.

Leverandører til Kbhvn.s offentlige Desinfektionsanstalt, Frederiksbergs offentlige Desinfektionsanstalt, Frederiksberg Hospital, Københavns og Provinsens Sygehuse og Hospitaler, Hær og Marine, statslige og kommunale Institutioner her og i Udlandet.  
**FORLANG VOR PIECE.**

**International Chemical Co.**  
 Tordenskjoldsgade 15 St. Kbhvn. K. Tlf. 7902.

Fabrik St. Kongensgade 75.  
 Eneforhandler for Europa.

Man bedes paase at *Dr. Leiningers* Navn findes paa saavel Hylstre som de smaa røde Garantisedler.



# Hæmogan

og

## Hæmogan B

Velsmagende alkoholrit organisk  
Jernpræparat.



Opløser

klart og uden Udskilning  
arsensure, arsensyrlike Salte, Antipyrin-,  
Strychnin- samt Brom og Jodsalte. Indeholder ca. 1 0/0  
Jern (Fe.) i letfordøjelig Form. Voksne  
1 Barneskefuld 3 Gange  
daglig.



Faas paa Apotekerne i Originalflasker 1/2 Liter 1 Kr. 75 Øre  
og i løs Vægt til Receptforbrug.

# EMIL WARTHOE & SØNNER

Tordenskjoldsgade 9.

Telefon:  
Central 28.

København K.

Telegram-Adresse:  
„Drogewarthoe“

*Som Repræsentanter for nedennævnte Fabrikker sender vi gerne efter Anmodning Prøver af disse Fabrikkers kemiske Præparater samt Litteratur, saa længe Forraad endnu findes.*

## **Chem. Fabrik von Heyden, Radebeul/Dresden:**

Acetylsalicylsyre, Collargol, Xeroform, Creosotal, Duotal, Salit, Novargan-Pulver & Tabletter, Tannismut-Pulver & Tabletter.

## **C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim/Waldhof:**

Arsenferratin-Tabletter, Arsenferratose, Diplosal-Pulver & Tabletter, Ferratose, Ferratin-Tabletter, Filmaron-Olie, Jodferratin-Tabletter, Jodferratose, Narcophin-Tabletter, Pulver & Løsning.

## **Knoll & Co., Ludwigshafen/Rhein:**

Bromural-Tabletter, Codeonal-Pulver & Tabletter, Digi-puratum-Pulver, Tabletter & Løsning, Jodival-Pulver & Tabletter, Styracol-Pulver & Tabletter, Triferrin-Pulver & Tabletter.

## **Dr. R. & Dr. O. Weil, Fabrik chem. pharmac. Præparate, Frankfurt a/Main:**

Myocardol, Droserin-Tabletter & Pulver, Tanargentan, Spasmosan-Extrakt & Tabletter, Somnacetin.

Ovennævnte Præparater faas paa ethvert Apotek.

*Alle nærmere Oplysninger gennem Repræsentanterne:*

**Emil Warthoe & Sønner.**

Telefon:  
Central 28.

Tordenskjoldsgade 9.

København K.

Telegr.-Adr.:  
„Drogewarthoe“



## Simonsen & Weels Eftf.

KGL.HOF-LEVERANDØR

Købmagergade 20 :: København K.

Telefoner: 831-832-6150 :: Tlgr.-Adr.: Simonsenweel.

Grundlagt 1817.

### Leverer fuldstændige Klinikudstyr.

Største og billigste Udvalg Chirurgiske Instrumenter og Artikler til Sygepleje. Eget Værksted for Reparation af chir. Instrumenter, Slibning, Fornikling etc. samt Fremstilling af særlige Instruments-Modeller.

Forbindstoffer, eget Fabrikat.

*Cellestofvat, bedste Surrogat for Sygevat.*

*Papirbind crépe, bedste Surrogat for Gaze.*

*Spezialkataloger over de forskellige Afdelinger udleveres paa Forlangende.*

Nylig er udkommet illustreret Katalog over Forbindstofafdelingen.

Emaill- og Glasvarer. — Bandager.

## Pepsin. conc. Langebek

er med fortrinlige Resultater anvendt mod

Mavekatarrh, Appetitløshed og Ernæringsforstyrrelse.

Mod Chlorose har følgende Formel vist sig særlig gavnlig:

Rp.

*Pepsini conc. Lgb..... Gram 10,00*

*Chloreti ferrici..... Gram 3,00*

*Chloreti chinici..... Gram 3,00*

*Extract. Gentianæ q. s.*

*ut f. pill. Nr. 100 d. ad vitr.*

*s. 2 Piller 3 Gg. dgl. før Maaltiderne.*

### Langebeks Pepsinpræparater

er anbefalet af Fysiologer, Fagskrifter samt praktiserende Læger i Ind- og Udland, hvoraf mange, som i Aarevis har anvendt vore Præparater, fremhæver den terapeutiske Virkning af disse i Sammenligning med andre Pepsinpræparater.

Intet andet Pepsin har tilnærmelsesvis erholdt lignende Anbefalinger fra praktiserende Læger.

## RØNTGEN-APPARATER

Levring & Larsen. Kbhvn. V. Gl. Kongevej 140.

Repræsentant for Koch & Sterzel, Dresden.

Durix-Apparater med Gas-Afbryder til Jevn- og Vekselstrøm.

LILIENFELD-INDRETNINGER. Højest opnaelige  
haarde Straaler.

## M. Thygesen Poulsen.

Hovedforretning:  
Vesterbros Sygeplejeforretning,  
46, Vesterbrogade 46.  
Telefoner: 9207 og Vester 7240.

Filial:  
Nørrebro Sygeplejeforretning,  
56, Nørrebrogade 56.  
Telefon: Nora 3396.

Alle Forbindstoffer sterile og usterile i Gaze,  
hydrokopisk og hydrofob Bomuld samt Cellestøvat.

Alt til Børne- og Sygepleje.

Leverandør til Hospitalerne og de fleste større Kliniker.

Bandager leveres efter Maal med meget kort Varsel fra egen Fabrik.

KUNST  
V  
S  
H  
HANDEL

VOSS  
Kunsthandel

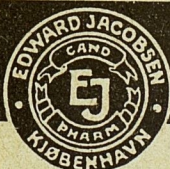
Gothersgade 10. Palæ 440 x.

Lige ved Kongens Nytorv.

Udstilling af Malerier.

Fin ældre og yngre Kunst.

„Jacobs“  
indr. Varemærke.



„Jacobs“  
indr. Varemærke

„JACOBS“  
DANSKE  
PARAFORM-TABLETTER

„Velsmagende Hals- og Svælg-Antisepticum.

Glas à Kr. 1.25. Udsalg. Paa Apotekerne.

Kemisk Fabrik

Kjøbenhavn K

St. Kongensgade 25 Telf. Palæ 1900-1901-1902

# Camillus Nyrop's Etablissement

Grundlagt 1838.

Universitets-Instrumentmager.

Udsalg:  
Købmagergade 43, K.

Fabrik:  
Løvstræde 4, K.



Telefoner:  
Instrumentafdelingen 768 & 788.  
Bandageafdelingen 769.

Telegram-Adresse:  
„KIRURGI“.

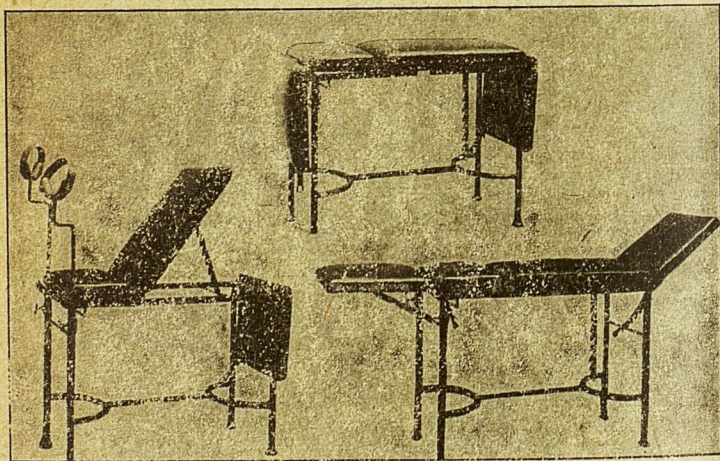
## ≡ Kirurgiske Instrumenter. ≡

(Nye Modeller forfærdiges hurtigst).

### NYHEDER:

Dr. C. Mailands kacherede Kniv til Aabning af Abscesser i Mund og Svælg (Ugeskr. f. Læger Nr. 20, 1916). Dr. W. L. Mahler's Modification af Mackenzie's Tonsillotom. Danske Apparater til Pneumothorax-Behandling. Overlæge Dr. med. Knud Schroeder's Hjærtebord (Hosp. Tid. Nr. 21, 1916). Prof. Dr. med. Bjerrum's Kampimeter.

## ≡≡≡ Operations-Materiel. ≡≡≡

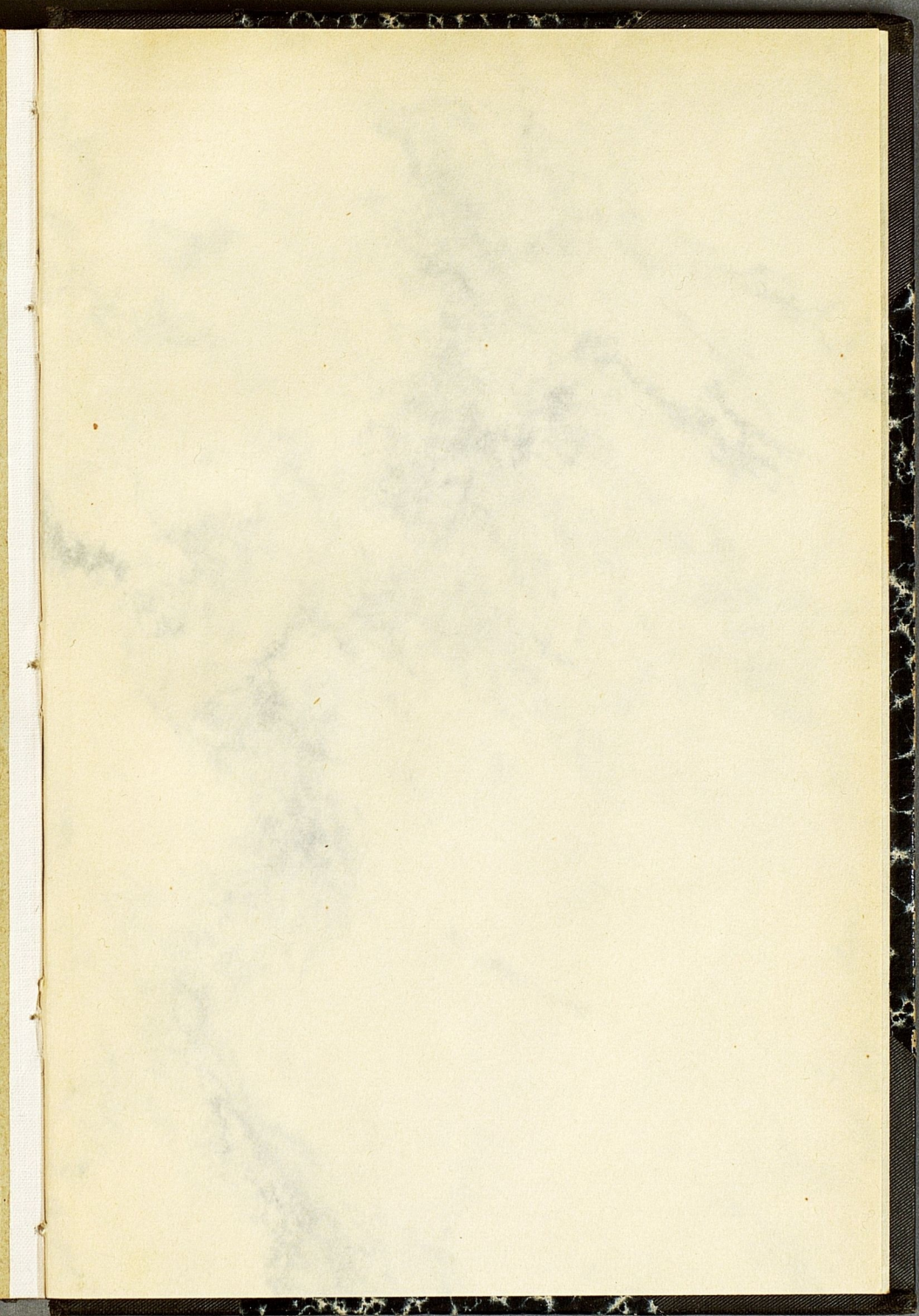


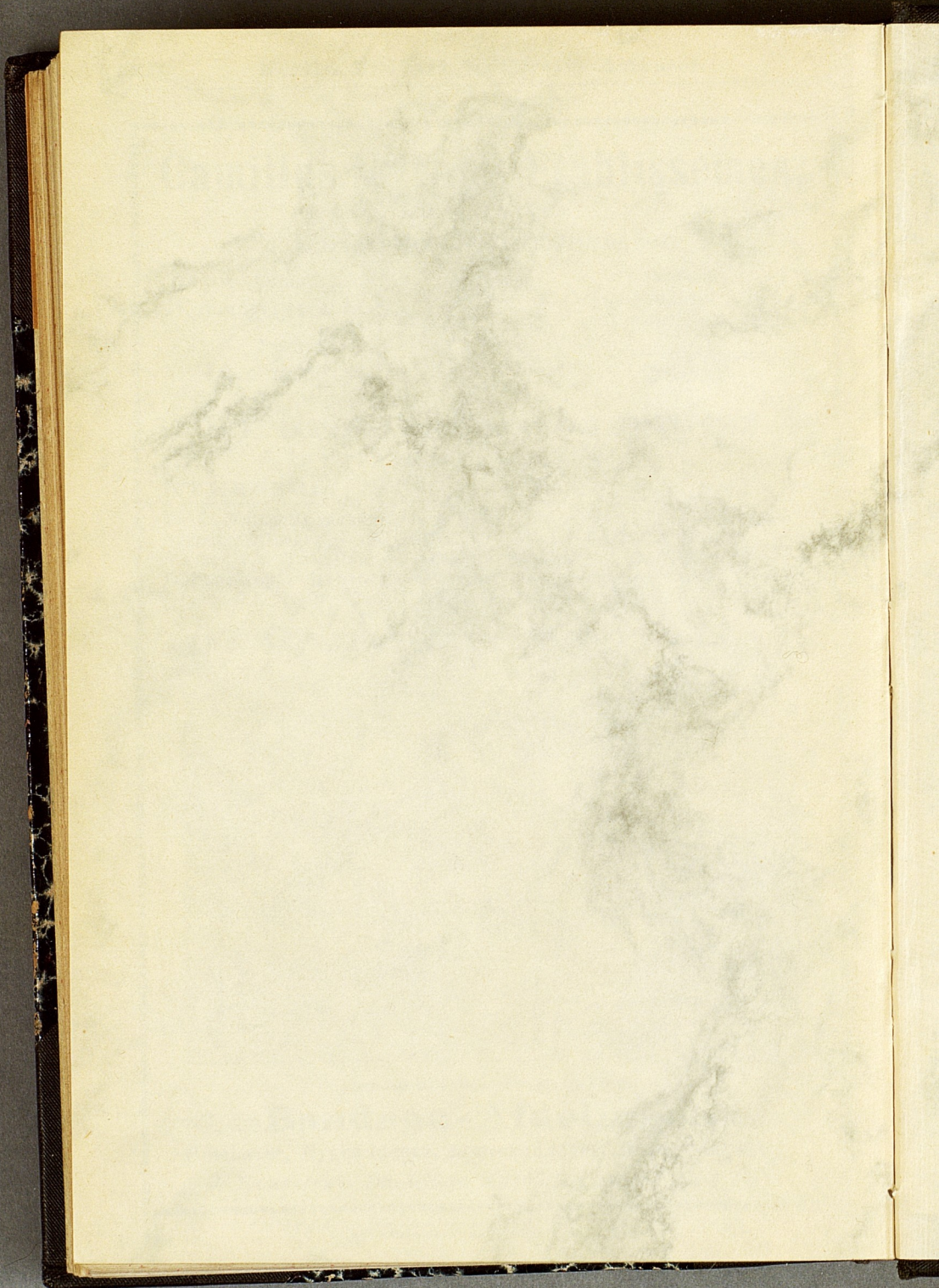
Undersøgelsesbord for prakt. Læger.

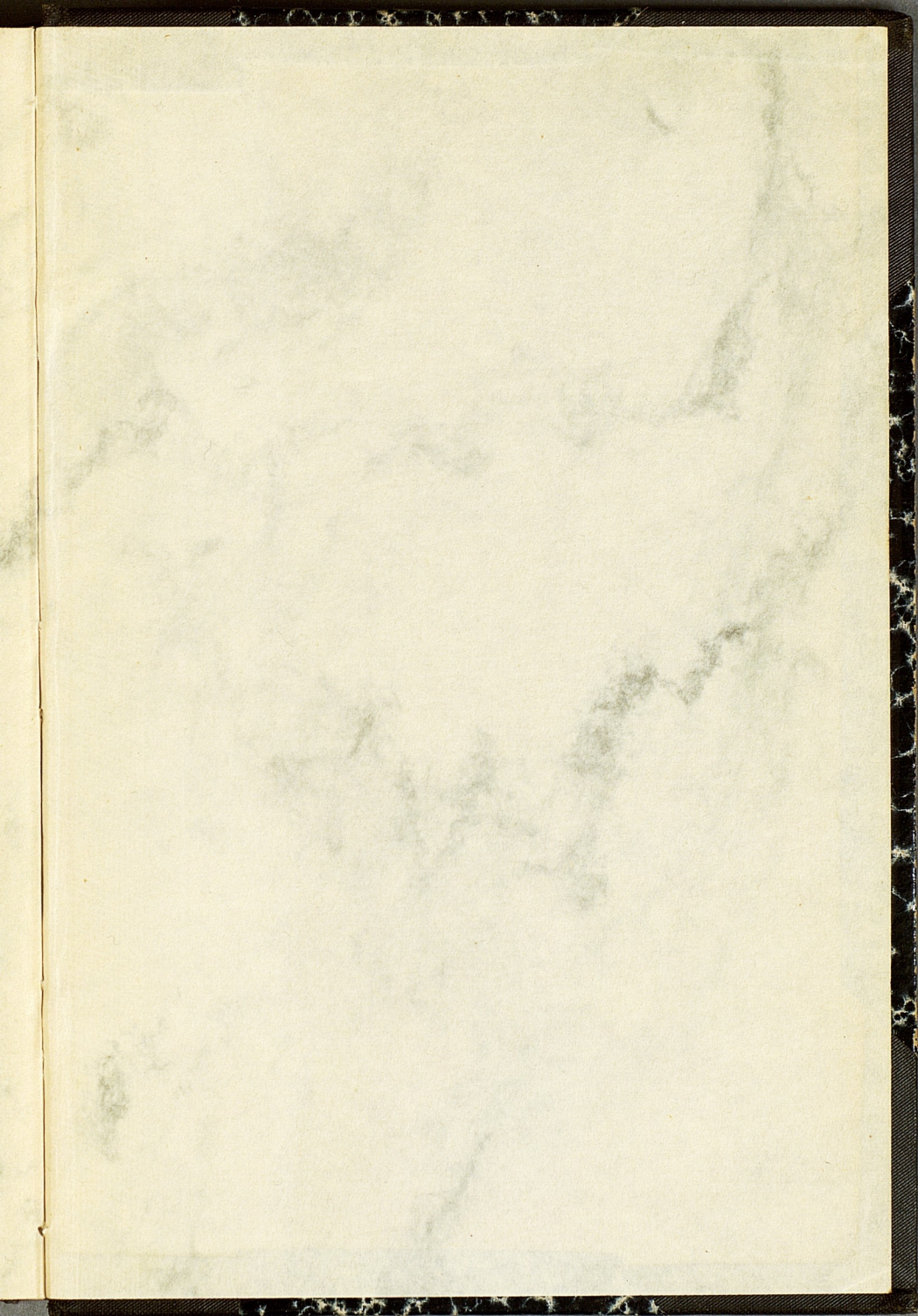
## ≡≡≡ Bandage-Afdelingen. ≡≡≡

Protheser, Rygbandager, Støttebandager, Brokbaand o. s. v.

Konsulent: Dr. Ejnar Nyrop, tr. daglig Kl. 1-2.







Kungl. biblioteket, Stockholm



50001

000 122 397

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