

Doc. Dr. FRANCISZEK RASZEJA

DIAGNOSTYKA
reumatycznych schorzeń stawów
i ich leczenie zdrojowiskowo-
ortopedyczne

WARSZAWA 1934.



Doc. Dr. FRANCISZEK RASZEJA

DIAGNOSTYKA

**reumatycznych schorzeń stawów
i ich leczenie zdrojowiskowo-
ortopedyczne**

WARSZAWA 1934.



www.dlibra.wum.edu.pl

O d b i t k a
z „LEKARZA WOJSKOWEGO“
T. XXIV. Nr. 2.

Biblioteka Głow...
WUM

*Druk. i Litogr. „Jan Cotty“
w Warszawie, Kapucyńska 7.*



Dzięki akcji towarzystw Walki z Reumatyzmem jesteśmy w ostatnich latach świadkami wytężonych wysiłków, zmierzających do wyświe-tlenia istoty schorzeń reumatycznych i opracowania skutecznych środ-ków zapobiegawczych. Sprawa reumatyzmu stanowi w medycynie dzie-dzinę bardzo zawiłą zarówno pod względem pojęć, jak również mia-nownictwa. Posiadamy kilka podziałów schorzeń reumatycznych, zbu-dowanych na podstawie etiologicznej, bądź opartych na obrazie anatomo-patologicznym, radiograficznym lub też na zespole objawowo-kli-nicznym. Stąd też pochodzi, że prawie każdy autor w dziedzinie prze-wlekłych schorzeń stawowych posiada i stosuje własną klasyfikację, i że ta sama postać chorobowa przez różnych autorów niekiedy różnie jest nazywana. Ujednostajnienie pojęć pod tym względem jest istotnie niełatwe. Ten sam bodziec bowiem wywołać może rozmaite obrazy chorobowe. i różne przyczyny chorobotwórcze prowadzą w późniejszych okresach do ukształcenia się obrazów bardzo do siebie podobnych. Ta wielopostaciowość reumatycznych schorzeń stawów, ich niejednolite mianownictwo oraz brak dokładniejszych danych z zakresu ich patoge-nezy, tłumaczy nam trudności, jakie nastręczają się przy wyodrębnieniu poszczególnych jednostek chorobowych.

Rozpoznanie kliniczne schorzeń stawowych opiera się przeważnie na *anamnezie*. Wywiad dokładny posiada tu większe aniżeli gdziekol-wiekbądź znaczenie, skrupulatna anamneza jest poniekąd życiorysem danej jednostki chorobowej. Od niepamiętnych czasów przypisywano w powstawaniu schorzeń stawowych wielką rolę szczególnemu usposo-bieniu, które określono później nazwą „arthritisme“. Okazało się jed-nak z biegiem czasu, że ten czynnik nie posiada tak wielkiego znacze-

nia w tworzeniu podatnego podłoża dla rozwoju spraw reumatycznych. Największą rolę odgrywa *usposobienie i dziedziczność* w podagrze i w tych postaciach, w których tworzą się guzki Heberdena. W ostatnich latach wysunął P a y r nowe pojęcie o patologii konstytucjonalnej stawów. To też obecnie coraz częściej przystępujemy do segregowania na poszczególne typy konstytucyjne chorych z przewlekłymi schorzeniami reumatycznymi, a szczególnie z gościem zniekształcającym (osteoarthritis def.). Wprawdzie podział taki nie jest prosty. Trudno niekiedy uchwycić klasyczne typy konstytucyjne, istnieją bowiem przejścia, a z biegiem czasu, pierwotny typ konstytucyjny u tego samego osobnika może nawet przechodzić swoiste metamorfozy. Poza dziedzicznością musimy u chorego zebrać dane o bliższych jego stosunkach mieszkaniowych, warunkach bytu oraz rodzaju pracy zawodowej. Niektóre zajęcia zawodowe obciążają zbyt silnie pewne grupy stawów lub wystawiają chorego na działanie niekorzystnych wpływów atmosferycznych. Widzimy u młodocianych robotników niekiedy dolegliwości w kolanach i stopach, które uważane mylnie za reumatyczne, są jedynie wyrazem przeciążenia lub wadliwego obciążenia kończyn przy pracy zawodowej. Bardzo szczegółowy powinien być nasz wywiad co do chorób przebytych, i to w pierwszym rzędzie co do gruźlicy i kiły. Są to bowiem schorzenia ustrojowe, na podłożu których rozwija się bardzo znaczny odsetek schorzeń stawowych. Należy dalej pamiętać o szeregu spraw bakteryjnych, co do których sprawę stawową trzeba uważać za powikłanie, a nie jako zasadnicze umiejscowienie czynnika chorobotwórczego. Są to: rzeżączka, czerwonka, szkarlatyna, dur brzuszny, zapalenie płuc krupowe, róża, angina, grypa, zakażenie połogowe i t. p. W obrazie klinicznym i przebiegu wszystkich tych gościów infekcyjnych „wtórnych“, występujących bądź to w toku największego nasilenia objawów, bądź też po ich ustąpieniu, daje się często zauważyć pewne stopniowanie. Jest ono szczególnie wyraźne w zapaleniu rzeżączkowym i prowadzi od postaci bólowej bez większych zmian anatomicznych do postaci zniekształcającej i ropnej. Trzeba w anamnezie brać pod uwagę działanie czynników toksycznych, które wywołać mogą ostre i przewlekłe schorzenia stawowe. Czynniki te przenikają do ustroju z zewnątrz w postaci jądów bakteryjnych (jady zatrucia mięsnego, paraduru B), mogą być przyjęte wraz z pokarmem (ostrygi, małże, poziomki) pochodzą z leków (aspiryna, antipyrina), wreszcie z surowic leczniczych. Z czynników toksycznych, powstających wewnątrz ustroju, pamiętać musimy o zaburzeniach przemiany azotowej, węglowodanowej, o skazie krwotocznej (haemophilia) etc. U kobiet

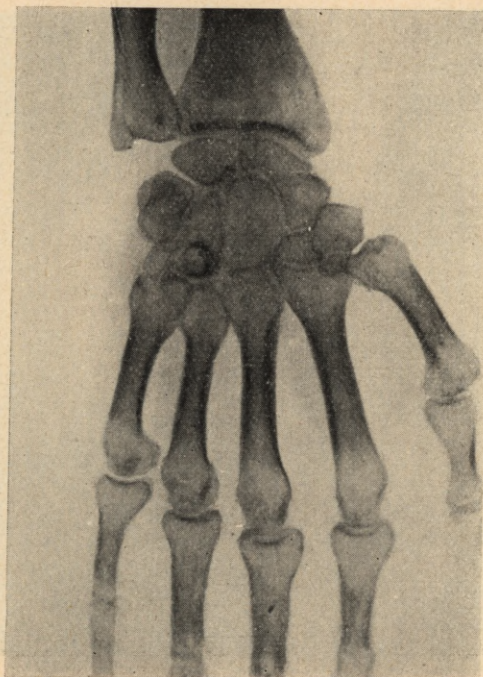
musimy ustalić związek przyczynowy pomiędzy miesiączką lub okresem przekwitania a wystąpieniem objawów stawowych względnie ich nasileniem. W stanach przewlekłych i nawrotach ważnym będzie dla diagnostyki, jaki czasokres minął od ostatnich nasileń, czy nasilenia łączyły się ze zwyżką ciepłoty lub z równoczesnym zajęciem wsierdzia czy tęczówki. Co do samych dolegliwości, na które się chory skarży, to należy bliżej określić naturę i ich charakter. Odróżniamy bóle palące, ciągnące, napadowe np. w stawie paluchowym (arthritis urica), bóle które zjawiają się przeważnie w nocy (lues, periarthritus humeroscapularis), lub występują tylko przy chodzeniu, a ustępują przy oszczędzaniu kończyn (płaskostóp).

Badanie kliniczne nie może ograniczyć się tylko do badania schorzałego stawu, a powinno obejmować całokształt chorego, gdyż w wielu przypadkach odosobnione schorzenie stawu jest tylko wyrazem cierpienia ogólnego. Tak więc wygląd chorego, wykwity skórne (arthritis psoriatica, arthritis luetica), guzki na małżowinie usznej lub w miejscu kaletek (arthritis urica), szaro-sinawe zabarwienie twardówki (arthritis alcaptonurica) mogą w znacznym stopniu ułatwić nam rozpoznanie. Ciepłota ciała, oporność na środki farmakologiczne (np. salicyl), umiejscowienie się procesu chorobowego oraz kolejność, z jaką on zajmuje poszczególne stawy, stanowią ważne kryteria rozpoznawcze. Zajęcie wszystkich stawów połączone z podniesioną ciepłotą i zajęciem wsierdzia przemawia za gościem stawowym ostrym, gdy tymczasem proces, atakujący głównie małe stawy rąk i nóg, a przebiegający bez zwyżki ciepłoty, przedstawia cechy typowe dla gościa pierwotnego zniekształcającego wielostawowego (polyarthritis deformans primitiva progrediens). Zajęcie jednego stawu przy wielkiej bolesności i wysokiej temperaturze cechuje zapalenie na tle rzeżączki, zupełną prawie bezbolesność pomimo daleko posuniętych zmian widzimy w schorzeniach stawów na tle neuropatycznym. (Arthropathia tabetica, arthropathia e syringomyelia). Zajęcie stawu mostkowo-obojęzycznego przy wielostawowym ostrym schorzeniu przemawia często za podłożem kiłowym. Również wygląd schorzałego stawu często pozwala wnioskować o podłożu, na którym się rozwija w nim sprawa chorobowa. Zatarcie konturów zewnętrznych stawu spowodowane być może wysiękiem lub obrzękiem. W większości przypadków skóra ponad stawem jest w dotyku cieplejsza. W postaciach wysiękowych i niektórych formach gościa odosobnionego zniekształcającego (osteoarthritis def.) torebka stawu jest w dotyku cienka, ulega zaś zgrubieniu w stanach, wykazujących dążność do zniekształceń. Ze zniekształceń najczęściej spo-

tykamy przykurczenia w stawach z mniej lub więcej dobrze utrzymaną ruchomością. Zupełna sztywność w stawie przykurczowym przemawia często za gruźliczym zapaleniem. Tak samo silny, już we wczesnych okresach zaznaczony, zanik mięśni w sąsiedztwie stawu spotykamy w schorzeniach na tem samym tle. W zapaleniu rzezączkowem stawu oraz w odosobnionym gościcu zniekształcającym (osteoarthritis def.), w którym zresztą ruchomość najdłużej jest zachowana, układ mięśni jest najmniej upośledzony. Przy badaniu czynnej i biernej ruchomości w stawie należy zwracać uwagę na tarcie wyczuwalne pod ręką oraz na szmery, trzaski i krepitacje, jakie słyszymy w stawie. Wartość diagnostyczna tych objawów jest zbyt często przeceniana nie tylko przez laików, lecz nawet lekarzy. Odróżniamy trzaski i krepitacje wewnątrzstawowe, oraz takie, które powstają w tkankach okołostawowych, i to w zewnętrznych częściach torebki, w więzadłach, ścięgnach i przyczepach mięśni do kości. Szmery śródstawowe słyszymy najczęściej w kolanie i stawie barkowym. W kolanie powstają one zwykle w fazie przejścia ruchu toczenia się w ruch poślizgowy. O ile objawy te występują w obu stawach w równej mierze i nie powodują żadnych dolegliwości, nie należy przypisywać im szczególnych cech patognomicznych. Starano się bliżej określić naturę i charakter tych szmerów i trzasków przy pomocy auskultacji stawu. Chodziło głównie o wysłuchanie słabych tarć i chrzęszczeń, jakie wywołuje włóknik, znajdujący się nieraz we wczesnych okresach zapaleń w małych ilościach w jamie stawowej. Metoda ta jednakże dotychczas nie znalazła szerszego rozpowszechnienia.

Z pomocniczych metod rozpoznawczych chciałbym omówić w pierwszym rzędzie rentgenografię, która w diagnostyce schorzeń stawowych stworzyła niewątpliwy postęp. Wartość rentgenografii w ostrych schorzeniach stawów jest dosyć ograniczona. Zmiany we wczesnych okresach chorobowych dotyczą przeważnie torebki stawowej i miękkich części okołostawowych i są rentgenologicznie niedostrzegalne. W przebiegu ostrych spraw zapalnych powstaje stosunkowo wcześniej odwapnienie kości. To rozrzedzenie substancji kostnej, obejmujące odcinki nasad kostnych, jest najsilniej zaakcentowane w zapaleniach po grypie oraz na tle rzezączki (Rg. 1). Odróżnienie na podstawie danych rentgenologicznych przewlekłego gościca reumatycznego od pierwotnego gościca zniekształcającego (polyarth. def. prim. prog.), jest prawie niemożliwe. Wiemy, że w sprawach wtórnych występują ciężkie zeszywnienia stawów wskutek wzrostu kostnego w postaciach zaś pierwotnych następuje kurczenie się torebki, które

dopiero sprowadza zwężenie i następnie zanik szpar stawowych. Chrzątka stawowa również ulega uszkodzeniu i wówczas stykają się ze sobą spłaszczone części przystawowe kości. Po zupełnym zniszczeniu chrząstki powstają zrosty kostne, tak, że obraz zmian w pierwotnym przewlekłym zniekształcającym gościecu staje się pod względem rentgenologicznym zupełnie podobny do obrazu zmian zapalnych wtórnych. W sprawach gośćcowych o nieco dłuższym trwaniu stwierdzamy rentgenologicznie w nasadach kości śródręcza i palczkowych ma-



Rg. 1

łe wyjaśnienia plamiste, otoczone niekiedy obrąbkami więcej zbitej tkanki kostnej. Podobne obrazy spotykamy również w podagrze, tu jednakże plamki te są większe, łączą się bezpośrednio z jamą stawową i nie posiadają ciemniejszej obwódki. Wyjaśnienia plamiste w podagrze są spowodowane złożami soli moczianowych, które są przepuszczalne dla promieni X. Rentgenografia więc z łatwością pozwoli nam odróżnić dnę moczianową od dny wapniowej, której cechą charakterystyczną jest tworzenie się w tkankach okołostawowych złożeń fosforanu i węgla wapnia, które są nieprzepuszczalne dla promieni X

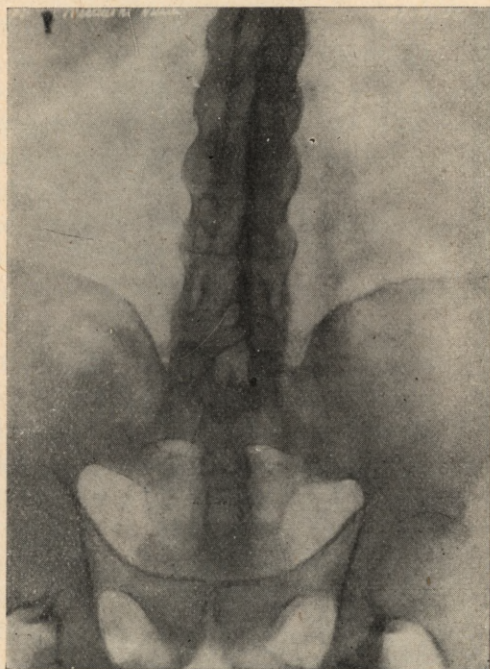
i dla tego w obrazie rentgenowskim występują jako plamy ciemne. Także w innych przewlekłych schorzeniach stawowych oddaje nam rentgenografia cenne usługi dla diagnostyki. Wybitne odwapnienie kości, objawiające się znacznym zwężeniem cienia istoty zbitej i rozrzedzeniem substancji gąbczastej, a występujące już w bardzo wczesnych okresach schorzenia stawowego, przemawia często za sprawą gruźliczą. Podobnych obrazów nie spotykamy nigdy w schorzeniach o podłożu kiłowym lub w gościu zniekształcającym (osteoarthritis deformans).



Rg. 2

W tym ostatnim zmiany występują przedewszystkiem w chrząstce stawowej, która może ulec załamaniu się i następnie zwyrodnieniu i zanikowi. Równocześnie z temi zmianami rozwijają się procesy wytwórcze, polegające na bujaniu okostnej i wytwarzaniu się wyrosłi kostnych (Rg. 2). Rentgenografią posługujemy się również dla odróżnienia dwóch spraw reumatycznych, toczących w obrębie kręgosłupa. Przy gościu kręgowym zeszywniającym (spondylarthritis ankylopoetica Bechterew) zmiany zachodzą w chrząstkach oraz stawach międzykręgowych i kręgowo-żebrowych. Stwierdzamy więc zanik szpar małych stawów kręgosłupa, natomiast brak jest spłaszczeń i zniekształ-

ceń kręgów. Wskutek kostnienia więzadeł tworzą się pomosty kostne łączące kręgi, a z drugiej strony jako objaw unieruchomienia występuje dosyć silne odwapnienie, niespotykane w sprawach zniekształcających (Rg. 3). W gościu typowym zniekształcającym (spondylitis spondylosis deformans) zmianom pierwotnym niezapalnym ulega chrząstka międzykręgowa. Obraz rentgenologiczny wykazuje nierówność szpar międzykręgowych, na brzegach zaś spłaszczonych i zdeformowanych kręgów widoczne są wyrosłe i mostki kostne, łączące po-

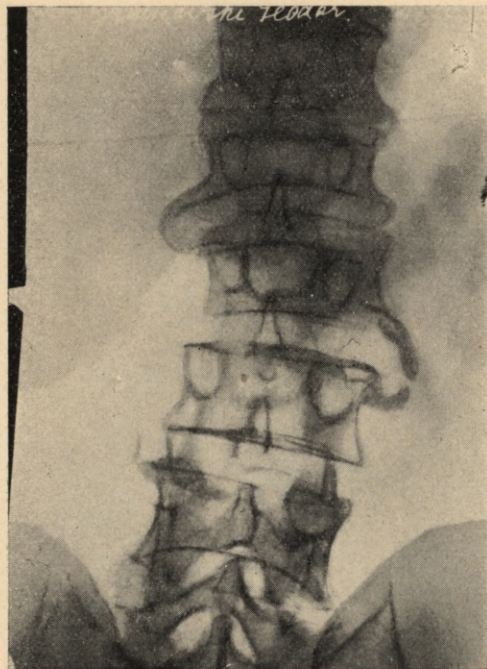


Rg 3

wierzchnie przylegających do siebie kręgów. Atrofji kości w obrazie rentgenologicznym tej jednostki chorobowej niema. (Rg. 4).

Poza rentgenografią stosujemy w diagnostyce schorzeń stawowych również badania krwi i płynu stawowego. Co do obrazu morfologicznego krwi, to nie wykazuje on cech charakterystycznych w chorobach stawów. W ostrych sprawach gościowych widzimy niekiedy niezbyt wielki wzrost leukocytów, również obraz limfocytów, monocytów i eozynofików jest bardzo atypowy. W stanach przewlekłych obraz morfologiczny krwi jest jeszcze mniej charakterystyczny i dlatego jest

bez znaczenia dla diagnostyki różniczkowej. Znacznie większą wartość posiada odczyn Biernackiego, to jest określenie szybkości opadania krwinek czerwonych. Szybkość opadania krwinek jest wyrazem wielkości rozpadu tkanek w ustroju. Stopień przyspieszenia sedymentacji zależny jest więc od rozmiarów procesu zapalnego. Łatwo więc odróżnić możemy tym sposobem wszelkie postacie gośćca zapalnego od zmian zniekształcających (osteoarthritis deformans) lub spraw chorobowych na tle zaburzeń hormonalnych, w których wobec braku cech



Rg. 4

zapalnych, a wobec przewagi zmian degeneracyjno-wytwórczych opadanie krwinek obraca się w granicach normalnych. We wszystkich ostrych sprawach gośćcowych i zapaleniach stawów opadanie jest bardzo przyspieszone. W toku przewlekłych spraw reumatycznych wnioskować możemy z zachowania się chyżości opadania o stopniu nasilenia procesu chorobowego. Wielkie zasługi oddaje nam odczyn Biernackiego w rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy gruźliczym schorzeniem stawu a schorzeniem na innym tle. Chodzi tu w pierwszym rzędzie o odróżnienie np. u dzieci gruźlicy biodra od odosobnionego scho-

rzenia stawu biodrowego na tle niegruźliczem (osteochondritis coxae def. juvenilis), dalej schorzenie gruźlicze jednego lub licznych stawów (rheumatismus tuberculosus Poncet) od spraw gośćcowych lub stanów pourazowych. W bardzo wczesnych okresach gruźliczego schorzenia stawu brak nam niekiedy jednakże wyraźniejszego przyspieszenia sedymentacji krwinek. Dla tego też w przypadkach z normalną lub mało przyspieszoną sedymentacją, a jednocześnie podejrzanych o gruźlicze podłoże, stosujemy zastrzyki tuberkuliny Kocha, które podajemy podskórnie w dawce 0,03 — 0,1 mg po poprzednio wykonanej próbie sedymentacyjnej sposobem Westergreen'a. Jeżeli ponowne określenie szybkości opadania, wykonane w 24 godzin po zastrzyku tuberkuliny wykazuje przyspieszenie o 3—6 mm, uważamy to za wynik dodatni dla sprawy gruźliczej. Poza tem określamy w celach rozpoznawczych razem z sedymentacją współczynnik białkowy, t. j. stosunek globulin do albumin w surowicy krwi. Ilość białka, a w szczególności jego frakcja globulinowa doznaje w schorzeniu gruźliczem wyraźnego zwiększenia. Wahania te, jak również spadek siły fermentatywnej czynników lipolitycznych w surowicy krwi, ukazują się jednakże dopiero w dalej posuniętych okresach gruźlicy stawowej.

Używanie tuberkuliny w diagnostyce chorób stawowych jest bardzo rozpowszechnione. Próby te w zastosowaniu skórnem (Koch, Pirquet, Mendel, Mantoux, Moro) dają dobre wyniki w wieku dziecięcym, najlepsze w wieku 3—4 lat, a względnie dobre do 10 lat. U dorosłych może dla diagnostyki najwyżej ujemny wynik posiadać jakiegokolwiek znaczenie. Tu należy je zastąpić podskórną aplikacją tuberkuliny w większych dawkach. Z preparatów tuberkulinowych przyjął się w diagnostyce stawowej preparat Tebeprotin (Toenniessen), mający tę zaletę, że wywołuje podwyżkę temperatury i odczyn ogniskowy po zaaplikowaniu dawki nieszkodliwej dla ustroju.

Z prób serologicznych, to próba aglutynacji i odczyn wiązania dopełniacza są bez znaczenia dla wczesnego rozpoznania. Dodatni odczyn Wassermanna we krwi pozwala nam przyjąć kiłowe podłoże, o ile jeszcze poza tem inne cechy za tem przemawiają. Metody interferometrii przyczyniają się coraz więcej do wyodrębnienia z dziedziny schorzeń stawów tych postaci, które powstają na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych. W badaniach chemicznych krwi najczęściej uwzględniano kwas moczowy. Poziom kwasu moczowego jest w większej ilości przypadków ostrego i przewlekłego gościa stawowego normalny. Znaczny wzrost kwasu moczowego we krwi pozwala nam na rozpoznanie dny moczanowej. Istnieją wprawdzie przypadki o typo-

wych objawach podagry, w których kwas moczowy we krwi przedstawia wartości normalne. Wzrost wapnia w surowicy krwi w przebiegu przewlekłych schorzeń reumatycznych świadczy zwykle o zniekształcającej postaci, dążącej do zeszywnień. W większości przypadków schorzeń gośćcowych infekcyjnych stwierdzamy spadek tolerancji wobec węglowodanów, który idzie w parze z nasileniem procesu chorobowego.

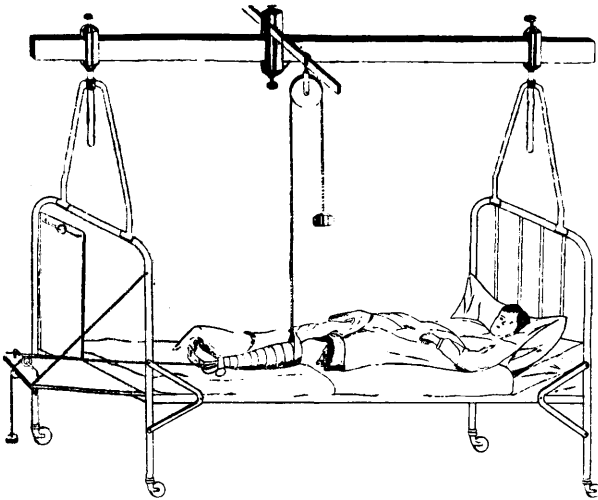
Badanie płynu stawowego oddaje nam także cenne usługi dla diagnostyki. Normalny płyn maziowy posiada zabarwienie bursztynowo-żółte. Zmętnienie płynu świadczy o większej przepuszczalności naczyń wskutek działania czynników toksyczno-infekcyjnych. Obecność kłaczków w mętnym płynie może przemawiać za sprawą gruźliczą, chociaż spotykamy niekiedy podobne obrazy w sprawach zapalnych na innym tle oraz w wysiękach posurowicznych o ostrem nasileniu. Płyn z domieszką krwi jest typowy dla spraw pourazowych oraz nowotworowych. Pod względem cytologicznym płyn stawu przedstawia obraz mało charakterystyczny. W schorzeniu na tle gruźliczem znajdujemy w osadzie włókniak i liczne limfocyty. Posiew płynu stawowego daje prawie zawsze wynik ujemny. Dla odróżnienia spraw gruźliczych od niegruźliczych posługujemy się próbą biologiczną na śwince morskiej. Dodatni jej wynik świadczy zawsze o gruźlicy, wynik ujemny jest natomiast niepewny. Zachodzą bowiem przypadki, że pomimo ujemnego wyniku próby biologicznej, schorzenie stawu rozwija się na tle gruźliczem. Dlatego ostatnio rozpowszechnia się coraz częściej metoda Hohna, która polega na wyhodowaniu prątków gruźliczych na specjalnej pożywce i która należy do łatwych i stosunkowo pewnych sposobów diagnostyki bakterjologicznej. Wyhodowanie dwoiniek Neissera z płynu maziowego w rzeżączkowym zapaleniu stawu jest zagadnieniem bardzo trudnym i nie posiada dla tego żadnego znaczenia praktycznego. Dodatni odczyn Wassermanna z płynu stawowego, przy ujemnej próbie we krwi, przemawia za kiłowym schorzeniem stawu. Dodatni odczyn Wassermanna we krwi i silnie dodatnia próba Wassermanna w płynie pozwala nam rozpoznać kiłowe schorzenie stawu, gdy poza tem cały zespół kliniczny za kił przemawia. Dodatnia próba Wassermanna we krwi, przy ujemnym wyniku w płynie, daje obraz niepewny, a świadczy jedynie o wielkiej odporności stawu. Co do badań chemicznych i fizykochemicznych płynu stawowego, to określamy często cukier, białko, azot pozabiałkowy, wapń, sód, chlor, dalej przewodnictwo elektryczne, oraz stężenie jonów wodorowych. Stosunek poziomu cukru w płynie stawowym i osoczu posiada pewne znaczenie

kliniczne. W wysiękach stawowych na tle niegruźliczem następuje większy spadek koncentracji cukru w płynie w stosunku do osocza, aniżeli w zapaleniach gruźliczych. Wzrost białka w płynie i surowicy, jaki zachodzi w stanach zapalnych stawów, sprowadza zawsze spadek koncentracji elektrolitów i zmniejszenie się przewodnictwa elektrycznego.

Jeżeli po wyczerpaniu wszystkich tych badań pomocniczych ustalenie rozpoznania sprawia jeszcze trudności, przystępujemy do operacyjnego otwarcia stawu i próbnego wycięcia z torebki stawowej, względnie jej warstwy maziowej. Wycinek taki poddaje się następnie badaniom histologicznym oraz bakterjologicznym. Przeszczepienie śwince morskiej tego wycinka lub wstrzyknięcie jej wyciągu, uzyskanego przez zmiażdżenie większego kawałka wyciętej torebki, daje zwykle lepsze wyniki, aniżeli próba biologiczna z płynem stawowym. Zamiast próbnego otwarcia stawu starano się wprowadzić w ostatnich latach arthroskopję, która polega na inspekcji wnętrza stawu przy pomocy przyrządu, zbudowanego na wzór cystoskopu, a wprowadzanego przez mały otwór do jamy stawowej. Metoda ta jednak nie doznała dotychczas rozpowszechnienia.

Przystępując do drugiej części referatu, chciałbym w grubych zarysach przedstawić pewne działy z zakresu lecznictwa zdrojowiskowo-ortopedycznego reumatycznych schorzeń stawów. Staw jest przede wszystkim narządem ruchu! Naszem naczelnem zadaniem więc będzie utrzymanie funkcji stawu. W ostrych stanach schorzeń reumatycznych interwencja chirurga-ortopedy jest zbędna, w okresach zaś podostrych ogranicza się ona do przeciwdziałania powstawaniu przykurczy i wadliwych położeń kończyn. Chory w stanie ostrego i podostrzego schorzenia stawu unika starannie wszelkich ruchów w stawach z powodu wielkiej bolesności i chętnie zajmuje ułożenie takie, które najmniej mu sprawia dolegliwości. A więc chory przykurcza kończyny dolne w stawach biodrowych i kolanowych, układając sobie wałeczki pod kolana. Stopy ustawia chory w stawach skokowych w zgięciu podeszwowem, skutkiem czego powstaje końskostóp, spotęgowany jeszcze uciskiem kołdry na palce. Ramię trzyma ten chory w maksymalnym przywiedzeniu, następstwem czego mięsień naramienny z czasem ulega zanikowi, torebka zaś stawu barkowego w dolnej przyśrodkowej części znacznemu przykurczeniu. Przedramię ustawia chory w największej pronacji i zgina rękę w stawie nadgarstkowym w kierunku dłoniowym. Wadliwe te ułożenia uwarunkowane są przeważnie odruchem. W takim bowiem ustawieniu stawu zwiększa się pojem-

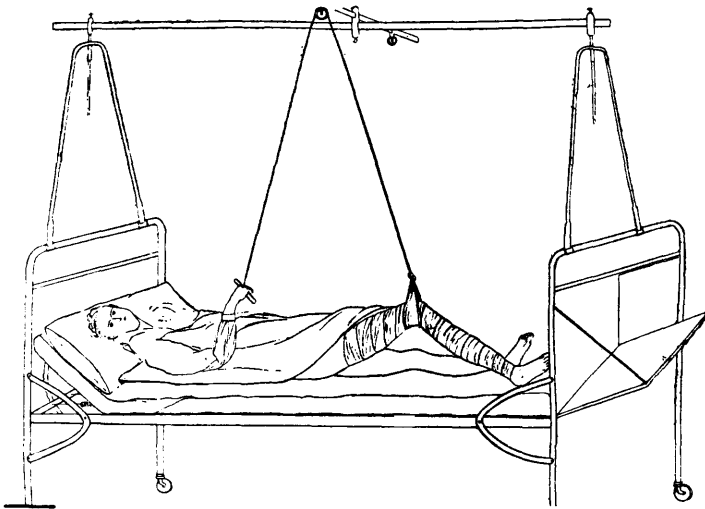
ność jamy stawowej, a płyn wysiękowy skutkiem tego nie wywołuje tak bolesnego naprężenia torebki stawowej. Zesztywnienie stawów w tych wadliwych pozycjach jednakże stanowi dla chorego poważne kalectwo. Dla tego też zaraz po ustąpieniu ostrych objawów i bólów zalecamy ruchy czynne. Następnie ustawiamy chociaż przez kilka godzin na dobę kończyny tak, ażeby uzyskać jaknajbardziej celowe co do statyki ustawienia na wypadek zeszywnienia. A więc kończyny dolne powinny być wyprostowane. Jedynie w stawach biodrowych pozostawić można zgięcie i odwiedzenie w zakresie kilku stopni. Wyprostną pozycję w stawach kolanowych osiągamy przez obciążenie kolan woreczkami z piaskiem. Stopy ustawiamy w stawach skokowych pod kątem prostym, względnie w bardzo nieznacznem zgięciu podszwawem



Rys. 1

i pośredniej pozycji pomiędzy pro- i supinacją. W tym celu wskazane jest układanie pomiędzy stopy a ścianę łóżka woreczków z piaskiem lub odpowiednich co do wielkości skrzynek, które uniemożliwiająby wytwarzanie się nadmiernego końskostopu. Ucisk zaś kołdry na stopy usuwamy, ustawiając ponad stopami odpowiednie koszyki. Kończyna górna powinna być ustawiona w odwiedzeniu o 90° w stawie barkowym z przesunięciem ramienia do przodu od płaszczyzny czołowej o $30-40^\circ$. Osiągamy to łatwo, układając pomiędzy ramię i klatkę piersiową szynę drucianą zgiętą w kształcie trójkąta lub odpowiednio złożony pled. W stawie łokciowym dążymy do ustawienia pod kątem 90° przedramię zaś ustawiamy w pośredniej pozycji pomiędzy pro- i supi-

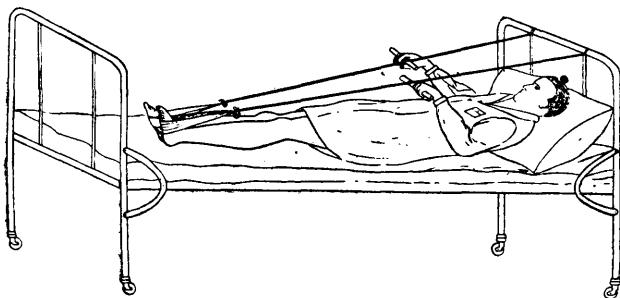
nacją, to jest tak, ażeby sobie chory mógł spojrzeć do własnej dłoni. W stawie nadgarstkowym staramy się uzyskać nieznaczne zgięcie grzbietowe, ponieważ w takim ustawieniu ręki zamknięcie pięści jest łatwiejsze. W miarę dalej postępującej poprawy stanu chorego zachęcamy go do wykonywania śmielszych ćwiczeń oraz zalecamy ostrożne ćwiczenia bierne. Chętnie też stosujemy tu ćwiczenia skombinowane przy pomocy prostych urządzeń, dających się nawet w najprymitywniejszych warunkach domowych zainstalować przy łóżku chorego. Wystarczy przymocowany do łóżka słupek drewniany lub rozpięty nad łóżkiem drążek, do którego wkręca się kółeczko, po którym posuwa się sznur, obciążony z jednej strony ciężarkiem, z drugiej zaś strony



Rys. 2

pociągany przez samego chorego. W ten sposób można, zależnie od instalacji, przeprowadzić ćwiczenia czynne i bierne (Rys. 1—3). Metoda ta jest prosta i dobra. W większości przypadków udaje się nam uzyskać wielki zakres poruszalności w stawach, a poza tem zabiegi te dodatkowo działają na psychiczny stan chorego. Gdy jednakże w toku tych zabiegów wystąpi pogorszenie, musimy zaprzestać stosowania dalszych ćwiczeń, a nawet na pewien czas trzeba unieruchomić kończynę przez ułożenie jej na szynie. Opatrunków gipsowych używamy bardzo niechętnie do unieruchomienia kończyny w schorzeniach reumatycznych z obawy przed zeszywnieniem stawów. Stosujemy je w stanach o wyjątkowo wielkiej bolesności lub w przypadkach, gdzie nie mamy już

żadnej nadziei utrzymania jakiegokolwiek zakresu poruszalności. W razie powstania kontraktur z mniej lub więcej zachowaną ruchomością, przejść musimy do intensywniejszych zabiegów. Przeważnie stosujemy wyciągi plastrowe z dosyć znacznym obciążeniem. Tu również użyć możemy z dobrym wynikiem urządzeń medyko-mechanicznych zbudowanych we własnym zakresie przy łóżku chorego. Najczęściej widzimy kontraktury kolan, stawów barkowych, i palców rąk. Najwięcej obawiamy się podwichnięcia w kolanie, które polega na przesunięciu się podudzia względem uda ku tyłowi. Przykurczenia palców, jakie najczęściej widzimy w pierwotnym wielostawowym gościcu zniekształcającym, usuwamy częściowo, a nawet zupełnie wyciągiem przy pomocy t. zw. palców łykowych. Redresje, są to bezkrawawe, w narkozie wykonywane zabiegi, mające na celu poprawkę w ustawieniu kończyn lub usuwanie przykurczeń stawów; stosujemy je rzadko, a najczęściej



Rys. 3

w kontrakturze w stawie barkowym na tle t. zw. periarthritus humero-scapularis. We wszystkich przypadkach staramy się o to, ażeby chorzy leżący jak najwcześniej stanęli na nogach. Chodzenie jest dla chorego najlepszym ćwiczeniem i wpływa bardzo dodatnio na ogólny stan psychiczny. Gdy chodzenie sprawia im zbyt wielkie trudności i bóle zmuszeni jesteśmy do zakładania opatrunków krochmalnych, obejmujących całą kończynę. Często zaś zaopatrzyć musimy chorego w stało-skórzany aparat typu Hessinga, który przez odciążenie schorzałego stawu umożliwia mu swobodne poruszanie się.

Prócz mechanoterapii wskazane są w schorzeniach reumatycznych jeszcze inne zabiegi, należące do arsenału leczniczego fizjoterapii. W toku ostrych spraw gościcowych rozpoczynamy już wcześniej z nagrzewaniem stawów przy pomocy termoforów, zwykłych lub elektrycznych, gorących kąpieeli powietrznych, okładów z soli i alkoholu. Dalszy

etap zabiegów tworzą masaże, elektryzacje, nagrzewania diatermją, następnie pełne kąpiele słone, siarczane oraz parowe. Wreszcie przychodzi balneoterapia stosowana w uzdrowiskach, której na zakończenie chciałbym poświęcić kilka słów.

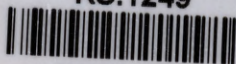
Balneoterapia stanowi łagodną formę nieswoistego leczenia bodźcowego, a wpływ jej sprowadza się do oddziaływania na ustrój całego zespołu rozmaitych czynników. Gorące kąpiele, kąpiele cieplicze, kąpiele mułowe i borowinowe i także okłady działają w pierwszym rzędzie termicznie, wywołując przegrzanie tkanek. W solankach radioaktywnych potęguje emanacja radu działanie kąpiele, chemiczny zaś skład niektórych solanek i borowin wywiera swoisty wpływ na skórę, a za pośrednictwem skóry na cały ustrój. Balneoterapia posiada znacznie szerszą skalę stopniowania bodźców aniżeli np. proteinoterapia. Pomimo to musimy się liczyć z możliwością przedawkowania. Ostre stany gośćcowe z gorączką, bólami i obrzękiem stawów nie nadają się wogóle do leczenia kąpielami w uzdrowiskach. Sprawy zaś podostre i przypadki z powikłaniem ze strony mięśnia sercowego, śród- i osierdzia wymagają indywidualnego potraktowania. Tu oddaje nam cenne usługi odczyn Biernackiego. Silny odczyn nakazuje wielką ostrożność w przeprowadzaniu balneoterapii. Przyspieszenie opadania krwinek w toku zabiegów kąpielowych jest pewną oznaką pojawienia się reakcji kąpielowej. Brak odczynu pomimo forsownego leczenia kąpielowego rokuje na ogół mało pomyślny wynik. W przypadkach przelotnych bólów stawowych, jakie często występują po przebytych ostrym gościcu stawowym, stosujemy z dobrym wynikiem pełne kąpiele ciepłe, które odznaczają się przede wszystkim działaniem uspokajającym, oraz kąpiele siarczano - solankowe. Gdy poza bólami są jeszcze zmiany organiczne w stawach, jak obrzęki, wysięki lub ograniczenia funkcji, to wskazane są raczej kąpiele borowinowe i mułowe lub także okłady. Są one bodźcem mechanicznym dla skóry, poza tem wywierają silny wpływ termiczny, przyspieszając przez wzmożenie przemiany pierwiastków wessanie się wysięków. Te zabiegi chętnie też łączymy z kąpielami siarczano - solankowymi. Podobne wskazania pod względem balneoterapii wyłaniają się w leczeniu spraw infekcyjnych wtórnych; jak w zapaleniach po rzeżączce, po grypie lub zakażeniu popołożowem i t. d. W leczeniu pierwotnego gościca zniekształcającego kąpielami zajmujemy stanowisko niejednolite. Przeważnie każdy chory inaczej oddziałuje na zaaplikowane zabiegi. W tej postaci gościca ciepło jest na ogół przez chorego źle przyjmowane. Często nawet zbyt forsowne procedury termiczne wywołać mogą stan pogorszenia. Działa-

nie ciepła wskazane jest w tych postaciach gośćca w okresach już daleko posuniętych, gdzie ono dodatnio wpływać może na uśmierzanie bolesności i poprawę funkcji schorzałych stawów. We wczesnych okresach i postaciach łagodnych kąpiele solankowe, a szczególnie solanki jodowe odznaczają się dodatnim wpływem na dalszy przebieg sprawy chorobowej. Szerokie zastosowanie znajdują tu także solanki termalne o przyrodzonej ciepłocie oraz solanki o własnościach radioaktywnych. W odosobnionym gościcu zniekształcającym (osteoarthritis def.) często zalecamy kąpiele borowinowe i mułowe. W przypadkach zaś rozwijających się na tle urazowym lub takich o łagodniejszym przebiegu kąpiele siarczano-solankowe i solanki cieplicze wpływają bardzo dodatnio. W przypadkach zastarzałych oraz w schorzeniach stawu biodrowego u ludzi starszych (malum coxae senile) na tle gośćca zniekształcającego stwierdzamy niestety zbyt często, że balneoterapia zawodzi. W schorzeniach na podłożu neuropatycznym (arthropathia tabetica, arthropathia e syringomyelia) procedury termiczne nie są pożądane. Chorzy najlepiej tu znoszą solanki termalne o niższej temperaturze oraz kąpiele kwasowęglowe. Najlepsze wyniki otrzymujemy jednak balneoterapią w uzdrowiskach w schorzeniach stawów na tle zaburzeń przemiany materji, i to w pierwszym rzędzie w dniu moczanowej. Tu odznaczają się szczególnie dodatnim wpływem na przebieg sprawy chorobowej kąpiele solankowe, a przede wszystkim solanki o własnościach radioaktywnych.

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

KS.1249



210000001249



www.dlibra.wum.edu.pl