

Úrskepandi sjúkur í liðum og ryggi.

Eftir Bendt Jensen.

INNGANGUR

Spondylosis og osteoarthrosis, ið fevna um úrskepandi brekini í ryggi og stóru liðunum, hoyra upp í tær sjúkur, ið vit longst aftur í undansøguligari tíð hava hóman av. Broytingar í beinagrindini, eyðkenniligar fyri hesi brek, eru funnar eitt nú hjá mannaættini — homo sapiens — til dæmis hjá Neanderthal-manninum (40.000 ár f. Kr.) og egyptsku skroppingunum. Líkar broytingar eru funnar hjá undansøguligum djóraættum, og til stuttleika kann eg nevna, at vit hjá núlivandi djóraættum hava samsvarandi broytingar í liðum og beinagrind, eg nevni sum dømi Shäferhund-inum. Hjá hesum hundaslagnum eru funnir nógvir tilburðir við liðriði (subluxatio) í mjadnarliðum og hesum á baki arthrosisgerð og tí vánaligt gongulag. Og meðan hetta brek verður arvað, hevur tað verið óbøtiligt fyri alingina av hesum vanliga hundaslag.

Tó at her er talan um sjúkur, ið hava verið til í mong túsund ár, verður tú bilsin um at finna, so lítil áhugin hevur verið fyri teimum. Ikki fyrr enn í hesum seinru ártíggjunum eru hesar sjúkur, ið tíðum gera tey sjúku avlamis, vorðnar kannaðar við nærlagni og iðni, og ikki fyrr enn í seinastu árunum eru menn farnir at skilja atvoldirnar til, hvussu hesar sjúkurnar taka seg upp (sjúkuskapanin), men mangt er ósvarað enn.

Heilt stutt fari eg nú at royna at draga nakrar høvuðsúrdráttir úr evninum og draga saman tær sannroyndir, sum til í dag eru til skjals, og bera fram tey hugsunarstöði, ið menn hava gjørt sær, um atvoldirnar til upprunan hjá hesum sjúkum.

A. Um sjúkurnar og skapan teirra.

Spondylosis og osteoarthritis koma serliga hjá fólki, ið er nakað við aldur, ivaleyst tí at ymist ber saman. Lívføri vevnaða minkar við aldrinum, einamest tí at tilflutningurin av blóði svíkur. Atvoldin til hetta stendst m. a. av broytingum í vondini í æðravegginum. Teir gyrnu træðirnar úrsképast og hvørva, og innrovan, ið bróstar æðrarnar innan, verður viðbrekin og tekur av, og her og har legst cholesterol og kálk í æðraveggin, tað tey vanliga rópa æðrakálk. Svíkjandi pumpustarv hjartasins ber at sama borði. Saman við hesum henda ymisk umskifti í sodningarlagnum, eitt nú fer tíðum saltsýrugerðin í maganum at bila. Henda gerðin kann líðandi minka burtur eftir nøkrum árum og at enda heilt halda uppát. Bilandi saltsýrugerðin førir við sær í fyrstu syftu broyting í súrguni ovast í vilunum, í aðru syftu broytingar í gróðrinum í gørnunum, og hetta elvir saman við svíkjandi kveikagerð og frávikum í gallúrskiljingini svíkjandi innsog av umráðandi søltum og vitaminum. Ringast fer innsogið av kálki og fosfóri. Innsogið av hesum evnum er sum kunnugt treytað av tí, at D-vitamin er fyri hond. Í vissan mun fer støðugt fram knotuskapan, tað er at siga í beinvevnaðinum verður reist av nýggjum og rivið niður, kálk og fosfór verður sogið upp úr viljaveitini og flutt við blóðinum til knoturnar. Nakað ávíst av kálki verður hvønn dag skilt úr við landi og skarni. Styrkin av kálki í blóði og vevnaða verður stillað av hjáskjaldkertlunum og broytist bert lítið, av tí at heilsufrábrigdi taka seg upp, so títt og brátt styrkin fer út um

mark. Minkar kálkstyrkin í blóðinum, eru knoturnar sum goymsla, haðani kálkið verður drigið blóði og vevnaða til frama. Tí er tað so, at beinagrindin hjá fólki nakað við aldur ógviliga skjótt verður fyri úrkálking av teimum broyttu innsoguumstøðunum saman við tí, at fólk nakað við aldur tíðum hava til matnað kost, sum litið kálk og fosfór er í. Og ein úrkálkað knota verjir seg verri fyri tí týnandi ágangi, ið vísir seg sum spondylosis og osteoarthritis.

Sjúkurnar eru sera viðgongdar. Konufólk eru mest fyri sjúkunum um ta tíðina, tá ið tey fara av barnburði, uttan mun til lívsumstøður ella yrki. Mannfólkið aftur í móti uttan mun til aldur, men meir bundið til yrkið, meðan menn í strævnari og tungari kroppsligari vinnu vanligast fáa hesar sjúkur.

Vit kundu havt hug at farið eitt sindur meira út í æsur við hesum. At konufólk fáa hesar sjúkur uttan mun til umstøðu og yrki man vera av hormonávum. Meðan vit vita, at bæði hjánýrabørkhormonini, kallkynshormonini (androgenini) og kvennkynshormonini (østrogenini) hava stóran týdning fyri knotuskapanina, er tað lætt at skilja, at sjúkurnar hjá konufólki oftast koma undan kavi, tá ið tey eru um at fara av barnburði, tí hetta er tað mundið í lívi kvinnunar, tá ið størstu umskiftini henda í hormonumstøðunum. Tá ið saman um kemur man beinagrind kvinnunar vera heldur meira viðbrekin enn hin hjá mannum, eina mest hjá teimum kvinnum, ið verið hava við barn fleiri ferðir. Tí barnakonuni og bróstakonuni tørvar stórar nøgdir av kálki, og tí verður tá nógv lagt fyri beinagrindina. Hjá mannfólki henda ikki slík lop í hormongerðini, og helst er tað tí, at sjúkurnar ikki taka seg upp hjá mannum í avmarkaðum aldursbólki, men heldur hjá monnum í ávísam lívsumstøðum og í vissum yrkjum, tað er at siga hjá monnum við tungum kroppsarbeiði. Tað er tí so, at tær atvoldir, ið framman undan eru nevndar, saman við tí, at nógv verður lagt fyri ávísar liðir ella

summar partar av rygginum dag um dag, eru aðalatvoldin til, at spondylosis og osteoarthritis eru at finna í hesum fólkabólkum. Til dømis kann eg nevna, at reiðuliga ringar arthroses í mjadna og knæliðum tíðum eru at finna hjá monnum, ið noyðast at bera tungar byrðar á bakinum, eitt nú hjá lossingarmonnum, kolamonnum, múrarbeiðsmonnum, lastbilsstjórum og flytmonnum, og samsvarandi hesum eru teir greffligastu tilburðirnir av spondylosis at síggja hjá bønarmonnum, fiskimonnum og grótmonnum. Í hesum yrkjum stendur mest á niðasta parti av rygginum, og hin sonevnda Scheuermann-kúlan tekur seg upp. Eftir yrki og byrðan kunnu spondyloses taka seg upp í øðrum þørtum av rygginum og í øðrum liðum enn teimum, ið nevndir eru.

Koma sjúkurnar hjá heldur ungum ella hjá fólki í bestu árum, vísa av sær sjálvum nógvar aðrar luttøkuatvoldir seg at standa í boði. Vanligast er, at skeivt hevur verið lagt fyri liðirnar, ið sjúkir verða (misbyrðan). Atvoldirnar til hesar misbyrðanir skal eg seinri greiða frá. Umframt misbyrðan munnu umliðnar ígerðir, kykar eins og ókykar, gera ikki lítið um seg. Meiðingar upp í saman munnu hava nakað uppá seg. Bløðingar upp í saman í liði, hetta síggja vit eitt nú hjá sjúklingum við teirri sonevndu bløðara sjúkuni, elva eisini sum fráliður slitgikt í avvarandi liði. Ólag í millumliða eggjahvítaevnissskiftinum kunnu eisini laga uppundir heilt ringa spondylosis og heilt ringa arthritis. Hetta sæst hjá sjúklingum við alcaptonuria og ochronosis.

Venda vit okkum í fyrstu syftu móti misbyrðanunum, fellur tað mest sum av sær sjálvum at nevna viðføddu úrliðingina (luxatio) í mjøðnini, ið kann vera øðrumegin ella báðumegin og vísa seg í øllum sniðum: hava viðhvørt so lítið uppá seg, at tað er ikki meira enn sjúkuavgerð fæst, men eru viðhvørt av tí allar ringasta. Er liðaknútan gliðin upp, so nýliður (nearthrosis) hevur gjørt seg til, kann hetta sjálvt elva heilt grovar broytingar í liðinum, so avvarandi limur stýttist; men eisini í linari førum kunnu

grovar arthroses taka seg upp, ekki bert í teimum sjúku liðunum, men tíðum í hinari mjøðnini ella í knøunum. At slitgikt kemur frisku megin, standst av misbyrðan og ovbyrðan av fríska beininum. Er limur stytur, hevur tað við sær, at sjúklingurin roynir at viga upp ímóti hesum við at hava kokuna halla. Tá bendast lendarnir til viks (scoliosis), tað stendur skeivt á øllum hesum partinum av rygginum, og úrslitið verður tá ofta grov spondylosis.

Annar sjúkubólkur, vit noyðast at gera vart við, eru sonevndu ókyku beinvevnaðadeyðarnir, apofysitarnir, mest gitnir teirra millum eru osteochondritis dissecans Kønig og malum coxae Calvé-Legg-Perthes. Hetta er ókykir vevnaðardeyðar í knútunum bæði í upp- og gongulimunum og í rygginum. Ofta brotna tær sjúklaðu knoturnar undan trýsti (samantrýstingarbeinbrot), og av tí at sjúkurnar sjáldan verða grøddar, so knoturnar verða sum áður, skal lítið til at liðflaturnar ganga ikki longur heilt hvør í aðra, og at sjúklaði limurin styttist, og hesum í kjarlívørrí koma so misbyrðingar, og av teimum taka arthroses seg upp í øðrum liðum, ið longur frá liggja, men sum nú verða ovbyrðaðir. Higartil dags hava teir verið grammir við skurði, eitt nú við osteochondritis dissecans, men í heldur nýggjari ritgerð¹⁶ verður mælt til sum longst at viðgera sjúklingarnar afturhaldandi, tað er: banna ítrótt og strævið kroppsarbeiði og at lata teir liggja í seingini tey tíðarskeið, teir kenna sær mein, alt undir hóskandi röntgeneftirliti. Slepst ikki undan skurðviðgerð, eigur hon at vera so lættent sum gjørligt. Triðja atvoldin til misbyrðanir, ið standast av styttingum, mest í leggjunum, stava frá beinbrotum. At fáa brotendarnar í góða legu og at renna væl saman aftur er ikki nóg mikið. Vit mega leggja okkum nær at koma rættvorðnu støðuni næst, við ongari stytting at kalla. Høvir ikki nóg nógv verið gjørt av her, tá ið brot eru toga í rættlag, er vanligt at síggja arthroses taka seg upp í mjadna-, knæ- og fótliðum. Gongur brotið inn í sjálvan liðin, er vandin fyri arthrosis sjálvandi størri.

Barnalamningur og aðrar kropsbundnar nervasjúkur, ið hava við sær ringa vøddavisnan, kunnu sjálvandi elva ógviliga álvarsama misbyrðan, og hon grovar spondyloses og síðan arthroses.

Tað slepst illa undan, at sjúkur í bróskdiskunum geisla millum, eina mest disklop (prolapsus disci intervertebralis), sum frálíður, so hvørt diskúrskepingin vindur uppá seg, dregur geislarnar, ið liggja at, inn í sjúkugerðina og elva avmarkaða spondylosis við tætting av liðjaðarunum og beinrúðurgerð.

Brunagerðir, bæði kykar og ókykar, elva grovar broyttingar í liðhylkjunum og bróskvevnaðinum, og einki er tí at undrast á, at í slíkum liðið kann arthrosis taka seg upp.

Ilt er at halda sær, ikki í stuttum at nema við tann týðning, ið kappingarítróttur hevur fyri arthrosisframkomuna. Skal ikki verða farið út í æsir, men kortini rikið fast, at við teimum øðiligu setningum, ið settir verða teimum bestu kappingarítróttamonnum, er so skjótt til, at einstakir liðir, tað veldst um ítróttargreinina, kunnu vera fyri heilt ovurstórum byrðingum. Eina ítróttargrein havi eg hug at taka burtur úr, og tað er at sparka bólt. Fótbóltspælarum eru sera ofta fyri beinleiðis og óbeinleiðis meiðingar, eina mest av knæliðunum. Meiðingar, ið elva løst av liðmánunum, skraða liðabond sundur, fáa liðin úr lið og knæskelina av lið og seta blóð á liðin, og tí eru heldur ringar arthroses í knøunum at síggja hjá monnum, sum iðkað hava hesa ítróttargrein.

At enda skal eg nevna, at vit hjá sjúklingum við alcaptonuria og ochronosis síggja summar av teimum grovastu arthrosis- og spondylosissløgnum, ið síggjast kunnu. Sjúkan stendst av ólagi í millumliða eggjahvítaevnisskiftinum^{11, 12, 13}. Sundurliðingin av phenylalanin og pyrovínberjasýru, sum tá ið rætt er vorðið, við homogentisinsýru sum millumliði enda í koltvísúrni og vatni, steðgar á við homogentisinsýru hjá hesum sjúklingum, tí vegna kveikatrot fæst hon ikki meira sundurliðað. Evnið hetta verður til eina marg-

vandaða samanrenning, sum ferðast runt í kroppinum og millum annað leggst í allan bróskvevnað, sinar og bond. Bróskvevnaðurin ferst, og ring arthrosis tekur seg upp. Kanska hava líkir kveikaskeivleikar okkurt at týða fyri ta arthrosis, sum tekur seg upp, tá ið vit eldast.

Fyrr hava teir hildið ovfiti hava meginskuldina í, at fólk finga arthrosis og spondylosis, men valla man tað vera so. Kortini er einki at taka seg aftur í, at verður liður, har frammanundan arthrosis er í, fyri teirri ovbyrðan, sum ovfiti man vera, so versnar henda arthrosis og vindur skjótari uppá seg.

Eyðkendar eru osteoarthroses og spondyloses vevnaðarfrøðiliga av úrskepandi broytingum í bróskvevnaðinum, hagani gerðirnar breiða seg útá til knotur, liðhylki, liðabond og sinar. Hildið verður, at úrskepandi gerðirnar raka bæði grundvevnaðin og træðrirnar. Av hesum broytist bróskflatin frá at vera hálur, blankur og speglandi, so hann verður óslættur, óblankur og gráligur, og sum frálíður verður hann uppslitin. Hesum burturmáðandi gerðum víga fyri ein part upp í móti afturbótandi gerðir í atliggjandi beinvevnaða, so beinvondin verður tættari (sclerosis). Umframt verður knotan vanliga breiðari, meðan beinrúður vexur burtur úr jaðarunum. Eisini liðbond, sinar og vøddar har í nánd verða fyri úrskepandi broytingum, og mangan eru tað broytingar í vøddunum (vøddatrotarnir), ið gera, at sjúklingarnir leita til lækna.

B. Sjúkueyðkennini.

Sjúkueyðkennini hjá osteoarthrosis og spondylosis eru væl kend. Sjúklingarnir verða stirvnir og bognir. Strævið gongst teimum at sleppa fram á morgni, og illa gongst teimum at lata seg í skógvar og hosur. Frægari gongst, tá ið teir hava mýkt liðirnar eitt sindur, men út á dagin kemur pínar aftur. Tosað verður um ta sonevndu byrðanar-

trintina. So hvørt brekið vindir uppá seg, er vanligt at liðagongdin tarnast meira, so at tað sum frá liður kann bila hjá sjúklinginum einsamøllum at lata seg í, og í aðrar mátar at hjálpa sær, ofta verða teir heilt avlomis. Við óvildarkanning av liðinum, verða í linligastu færum ongar skilligar broytingar funnar; men liða vit liðin, ríkir í honum, viðhvørt bert so tað kenst, men viðhvørt heilt grovliga. Seinri trýtnar liðahylkið, vatn setst á liðin, tað hovnar um liðin og knúturnar avskapast, eins og liðagongdin, tað svitast ikki, verður tarnað, og liðurin kann gerast heilt stívir (anchylosis, eingin liðagongd). Í vøddunum har um leið eru altíð at finna trotagerðir (vøddatrotar), ið tikið seg hava upp vegna skeiva legu í liðunum, og henni á baki misbyrðan, sum so uppافتur ger, at ávísir vøddabólkar verða spentir øðrvísi enn teir eiga. Vit finna eitt nú altíð vøddatrotar í glutæus medius og adductorbólkinum við arthrosis í mjadnaliðunum. Á røntgen sæst liðrivan smalkað, knotutætting eftir liðjaðarunum og beinsporagerð. Saman við hesum er vanligt at finna leggirnar, ið liggja hjá, javnt úrkálkaðar. Ikki nýtist hetta seinasta at hoyra uppí giktagerðina, men kann standast av tí, at liðurin verður hildin í frið.

Pínan, ið av hesum úrsképandi sjúkum stendst, er ikki altíð í mun til hvussu ringar sjúkurnar eru at vísa seg eftir teimum funnu broytingunum, heldur ikki á røntgen. Ofta koma vit fram á ógviliga greffligar spondylosisbroytingar í ryggi, hóast sjúklingurin ongatíð hevur kent sær stórvegis mein av teimum. Ofta detta vit heilt av óvart fram á hesa ringu spondylosis framíhjá, tá ið gallræsi, langi ella magi verða kannað við røntgen. Aðrar tíðir verða sjúklingarnir lagdir inn, bert tí tað píni í liðum ella vøddum, og tú stendur bilsin, at hesar broytingar, sum við óvildar- og við røntgenkanning tykjast hava so lítið uppá seg, eru færar fyri at meinska sjúklingin so illa. Væl kann tað vera, at pína rínur ymist við fólk, og at ikki eru øll eins harðbalin, men hetta man ikki vera alt. Tá ið saman um kemur, man tað vera so, at tað er standur vøddanna, ið mest ger av, um sjúklingarnir fáa ilt.

C. Viðgerðarhættir.

Viðgerðin av hesum úrskepandi sjúkum í ryggi og liðum hevur altíð verið heldur syndarlig søga burtur úr teirri heiliráðlæknaligu giktviðgerðini. Viðgerðarhættirnir hava til fyrri fáum árum síðan verið bert afturhaldandi. Sjúklingunum hava verið givnar tablettur av ymiskum slagi fyrri pínu. Umframt hava sjúklingarnir fingið einahvørja hitaviðgerð (varmakodda, heitar ballingar, evjuballingar, móruballingar, paraffinbað, furunálabað ella saltbað). Onnur hava verið viðgjørd við stuttbylgjum ella røntgengeislum á teir liðirnar, sum ringast hava verið farnir. Mangan er saman við hesi viðgerð givin lætthent handaviðgerð av trútnu vøddabólkunum. Hevur vøddapínan verið hon, ið eina mest gjørdi um seg, hevur mangan okkurt staðdoyvandi evni verið sprænt inn í teir vøddabólkar, ið ringast hava verið farnir. Procain, xylocain og lík evni hava verið nýtt. Summir sjúklingar hava gingið til viðgerðar, aðrir hava verið lagdir inn. At ganga til viðgerðar hevur tann fyrri mun, at sjúklingurin mest at siga fær hildið fram við gerandisyrki sínum og tí fær hildið liðirnar í røring, men ikki man hann tá fáa fult gagn burtur úr hitaviðgerðini, tá ið hann beint aftaná noyðist út í vátveður og kulda, og heldur ikki fáa vit lætt um hjá sjúka liðinum, tá ið gingið verður til viðgerðar.

Hjá innløgðum, flutt burtur úr yrki teirra, ber til at lætta um hjá sjúka liðinum og at eira honum. Aftur ímóti munnu røringar og virki liðanna fara illa, tí sjúklingar, sum liggja til viðgerðar á sjúkrahúsi, liggja mesta samdøgurið í seingini. Kortini hava báðar viðgerðarhættir vanligar átt tað í felag, at sjúklingarnir, meðan viðgerðin helt á, hava kent seg toluliga væl tilpassar og kent sær lina, men beinan vegin ella heilt stutta tíð aftaná, at viðgerðin er hildin uppát, hava teir ofta fingið afturstig og sjúkueyðkennini eru komin aftur. Av tí, at sjúklingarnir tíðum eru lagdir inn fleiri vikur, og eina til fleiri ferðir um árið,

má tað viðgangast at vera heldur vánaligt úrslit í mun til tær stóru útreiðslur, ið av slíkari viðgerð standast. Tí hevur verið leitað eftir nýggjum viðgerðarhættum og gongdar framtíðarleiðir munnu vera hesar:

Á annan bógvin kunnu vit hugsa okkum eina til lítar verjandi viðgerð, sum sambært tað, ið omanfyri er greitt frá, má verða tann, at funnin verður viðgerð, ið verjur fyri æðrakálking, at ansað verður eftir, at sjúklingarnir, komnir nakað til aldurs, fáa tann dygdargóða kost, ið teimum tørvar, eina mest viðvíkjandi innihaldi av kálki, fosfóri og D-vitadini, og at sjúklinginum samstundis verður borið viðurgjald fyri ta trótandi saltsýruframleiðsluna í maganum. Serstakliga eigur áhugin at snúgva seg um kvinnurnar, tá ið tær eru um at fara úr barnburði, meðan tær, sum nevnt, tá eru fyri broytingum í hormonumstøðunum, ið elva kunnu úrkálking úr knotunum; og tá ið tær eru við barn og hava barn á brósti, eigur at verða ansað eftir, at tær fáa nóg mikið av kálki, fosfóri og D-vitadini. Í mannfólkabólkinum eigur áhugin serliga at snúgva seg um tey áður nevndu kroppsligu yrkini. Sjúklingar, sum á ungum árum eru farnir at sjúklast av spondylosis ella arthrosis, annaðhvørt hetta er komið av ókykum knotudeyðum, disklopi, av tí at teir eru føddir við mjødnini úr lið, hava havt barnalamning, ella hetta er komið av beinbrotum, sum eru togað vánaliga í rættlag, ella av onkrum øðrum tílíkum, eiga at verða leiðbeindir tað, ið yrki viðvíkir, tí mælt má verða til at skýggja yrki, ið leggur ov nógv fyri brekaða liðin. Hevur sjúklingurin longu kosið sær starv, er í mongum førum beinast at mæla til at skifta starv. Tí altið er best skil í at mæla til venjing av nýggjum á ungum árum, heldur enn nøkur ár seinri at noyðast at geva sjúklinginum avlamisstyrk vegna brek, sum sloppið kundi verið undan. Ov sjáldan verður hugsað so, tíverri.

Á hin bógvin er nú at venda sær til *framtøku viðgerðina*, og hana kunnu vit skifta sundur í ymsar bólkar, og síðan hava hvønn teirra við orði.

- I. Alislækna­lig viðgerð (physiotherapia) og röntgenviðgerð.
- II. Hydrocortisat, sprænt inn í liðin.
- III. Skurð- og skurðbeinilækna­lig (kirurgisk og kirurgisk-ortopædisk) tiltæk.
- IV. Heiliráða viðgerð.

I. Alislækna­liga viðgerðin.

Eygleiða vit fyrst *alislækna­ligu viðgerðina*, kann vart verða gjört við, at fyrr fevndi hon eisini um röntgen- og aðra geislaviðgerð, ið nú eru skildar frá sum sjálvstöðugar greinir. Kjarnin í alislækna­ligu viðgerðini er í dag: handa­viðgerð, venjingarviðgerð, bað og ballingar. Fyrr var alislæknaviðgerðin mest at siga bygd á vunnar royndir, men nú meðan tað hevur eyðnast at greina tær alisligu, evnisfrøðiligu og lívfrøðiligu avleiðingarnar sum í vevnaðinum standast av teimum ymisku viðgerðarhættunum, er henda viðgerð vorðin meira skilbundin. Tíverri hevur alislækna­viðgerðin altíð verið ein forfjónað lærugrein. Flestu læknar, og tað bæði heiliráðlæknar og útlæknar hava mest sum ongan áhuga sýnt hesi lærugrein, og tað er at vera ógviliga bilsin um, tá ið minst verður til, hvussu stórir partur av sjúklingum útlækna og av teimum á sjúkrahúsum innlögdu, ið eru sjúklingar, sum noyðast at fáa alislækna­liga viðgerð, ikki bert til linna, men so sanniliga eisini til grøðingar.

Í stuttum skal eg nema við teir einstøku viðgerðarhættirnar, sum standa í boði, og fyrst siga nakað sindur um handaviðgerðina. *Handaviðgerðin* (massage) er við handa­makt at ávirka vevnaðirnar við ávís­um tøkum. Handaviðgerð er avgamalt kynstur, sum longu 2000 ár f. Kr. varð nýtt í Kina. Haðan breiddi tað seg til Indialands, Egyptalands og Grikkaland, og bæði Hippokrates, Celsus og Galenos hava handaviðgerðina við orði sum viðgerðarhátt. Hjá villini tjóðunum nýta heimalæknarnir ógviliga nógv handa­viðgerð og *handataksviðgerð* (manipulationes) í viðgerðum

teirra. Í Europu voru tað sjálvandi munkarnir, ið bók-lærdir voru, sum fyrstir finga frænir av handaviðgerðini, men teir góvu sær bert lítið far um hetta, og tí vann hon mest sum einki fram. Tá ið eystrómverska ríkið í 1453 fór ísundur, og teir lærdu leitaðu burtur haðan, kom handa-viðgerðin til heiðurs og virði, men ikki fyrr enn um 1867 varð viðgerðin henda reiðuliga skipa, hesum fyri at takka monnum sum hálenska læknanum Johan G. Mezger og gitnu skurðlæknunum von Rosengeil, Langenbeck og Bill-
roth. Undangongumenn í norðurlondum voru Johannes Helweg og Hans Janssen. Handaviðgerðin ger lívvirkisliga um seg í vevnaðunum, tí hon viðkar háræðrarnar, so blóð-streymurin og innsoguumstøðurnar batna. Av hesum minkar spenningurin í vevnaðunum, og helst man tað vera megin-atvoldin at tí, at pínan linnar. Vøddaspenningar taka seg upp, er vøddi nýttur ov leingi í senn ella í skeivari ar-beiðisstøðu. Tá kunnu koma viðgongdir vøddatrotar, eins og vit síggja teir hjá ovurvandum ítróttarmonnum ella heldur meira staðbundnir trotar í ávísu vøddabólkum, ymiskar eftir yrki sjúklinga og støðum teirra, tá ið teir arbeiða. Handaviðgerðin hevur sín stóra rætt, tá ið hon verður givin, bert tá ið ráðiligt er, men hon er komin í ringt orð, tí at hon í tíð og úrtíð verður nýtt bæði av sjúkrahúslæknum og útlæknum, og tíðum til tann bólkin av sjúklingum, ið kallaðir verða neurastenikarar. Ofta verður viðgerðin her byrjað, so friður fæst fyri teimum eina tíð, og sjúklingunum dámar hetta væl, tí nú kenna teir við sær sjálvum, at nakað hendir. Sera sjáldan er skil í at geva handaviðgerð sum einastu viðgerð, fyri tað mesta eigur hon at vera givin saman við onkrari hitaviðgerð, eitt nú heitum ballingum ella stuttbylgjum, eins og tað er til mikið gagn saman við hesum at iðka venjingarviðgerð, so at blóð-streymurin í avvarandi vøddi vexur uppafur meira.

Tøkini í handaviðgerðini og hetta kynstur annars hoyra ikki upp í umrøðuna her. Áhugað verða víst til serbók-mentir um evnið^{1, 10, 18}.

Síðan skal eg nema við *venjingarviðgerðina* ella *sjúka-fimleikin*, sum eisini verður sagt. Í Hellas gamla gjørdur tey stak nógv burtur úr fimleiki, hetta vita øll, men minni man vera vitað um, at tey lagaðu fimleik eftir teimum sjúku og so statt nýttu fimleik til viðgerðar. Seinast í 18. öld varð í Norðurlondum farið undir skúlafimleik; undan-gongumenn vóru mest Sviar, eins og tað vóru Sviar, ið meira skilbundnir skipaðu sjúkufimleikin. Endamálið hjá sjúkrafimleiki ella venjingarviðgerð er at fáa fulla liðagongd í ein lið, og ikki minst umráðandi at venja og styrkja um vøddalagið og tí eisini um vøddalindina. Ikki skal eg fara út í æsir við venjingarviðgerðini, men kortini leggja dent á sumt, sum miklan týðning hevur.

Fyrr høvdu tey einki skil fyri, hvussu umráðandi vøddalagið er fyri knot- og liðalagið. Høvdu sjúklingar brek, ið elvdu pínu í knotum og liðum, var mest vanligt at leggja kúrrar avvarandi lið ella teir partar av t. d. rygg-inum, sum sjúkan sat í. Viðgerðin var at leggja um gipsbanding ella studdbanding, ella var tað ryggurin, ið sjúkur var, so vórðu sjúklingarnir havdir at liggja í seingini í gisplegum ella gipslindum. Burtur úr hesum fekkst í roynd og veru lítið annaðuttan tað, at vøddarnir munandi svunnu (visnaðu) og tí mest sum einki styðjaðu longur. Tá ið stundin so kom, at gongd skuldi fáast á sjúklingarnar, og teir skuldu verða tiknir úr gipslindini ella fáast fram úr gipsleguni, ella gipsið var tikiðuttan av einum liði, hendi tað seg javnan, at tá var neyðugt at býta um gipsið við studdlind ella leðurbanding. Eina mest ryggjabrotum viðvikjandi er nógv umskift seinri árin. Júst her var vanligi viðgerðarhátturin tann, at leggja sjúklingin kúrran í gipslegu nógvar vikur. Í dag verður sjúklingurin altíð at kalla lagdur í song við hørðum botni og hørðum hoyggi, og fáar dagar seinri verður farið undir varliga alislækna-liga viðgerð við venjing og styrking av ryggjafettarunum, kortiniuttan at tyngja á ryggin. Her fæst tað burtur úr, at sjúklingurin skjótt missir pínuna, og einar tvær vikur seinri

ber til at gera meira burtur úr viðgerðini, til heil gongd er fingin á sjúklingin, og tá ið hann at enda verður sloppin fram at ganga, hava ryggjavøddarnir ment seg so munandi, at teir eru rygginum góður studningur. Eingin ivi kann heldur vera í, at hava vit undir hond sjúklingar við byrjandi kúlu ella bendingum til viks (scoliosis) í rygginum ella sjúklingar við byrjandi spondylosis, so verða úrslitini nógv betur við framtøkari venjingarviðgerð, ið mennir ryggjavøddarnar, og av leiðbeining um, hvussu umráðandi tað er at standa og sita væl fyri undir arbeiði. Nógv betri verða úrslitini á henda hátt enn sum vant, tá ið reiðuliga einki verður gjørt uttan tað, at leggja sjúklingarnar undir onkra hitaviðgerð. Eg vil illa taka uppá tunguna, hvussu ið gongst, tá ið vit mest sum beinan vegin fyriskipa studdlind. Ómetandi týðning hevur venjingarviðgerðin í eftirviðgerðini av beinbrotum, og sera umráðandi er tað, at nóg skjótt verður farið undir venjingarnar, tað er, at onga tíð meira enn neyðugt verður lagt kúrt av brotnum limi. Ivaleyst rennur brotið tá eisini skjótari saman. Tí kunnugt er, at kúrr knota skjótt úrkálkast. Tíverri verður her ofta gingið illa um, sjúklingunum til mikið mein og samfelagnum til nóg hall av mistum arbeiðisdøgum; teir tilburðir ikki um at tala, har sjúklingurin ikki fæst í vinnu aftur og má verða beindur undir almenna umsorgan við avlamisstyrki.

Um *ravmagnsviðgerðina* er at siga, at hana ber til at geva á ymiskan hátt, sum stuttbylgjuviðgerð, longbylgjugjøgnumhiting (diathermia), galvanostreym, faradaystreym, ovurtíttfóran vendistreym (Tesla), myotensorviðgerð, ultraljóð, jónbering, og so eisini á heldur einfaldan hátt sum ljósoga og hitakodda.

Mest nýttu háttaløginu eru stuttbylgju- og myotensorviðgerðin, og seinru árinu hevur jónberingin lagt nóg undir seg.

Stuttbylgjuviðgerð er viðgerð við ovurtíttfórum streymi. Aldulongdin gongur frá 30 niður í 3 m. Tað eigur at verða sagt, at tað eitur stuttbylgjuviðgerð og ikki diathermia, tí

við diathermia verður sjúklingurinn beinleiðis skotin inn sum partur af leiðinginni, men við stuttbylgjuviðgerð verður sjúklingurinn skotin inn í tættaraeki. Af stuttbylgjuviðgerðinni stendst djúp hiting af vevnaðinum, og ravkleivirnar nýtast ekki at verða lagðar beinleiðis á húðina. Tí verður ekki kroyst inn á sáran vevnað, og ígerðarvandinn minnkar. Stuttbylgjuviðgerðin elvir øktan blóðstreym gjøgnum hársæðrarnar, sympaticusspenningurinn linkar, og vagusspenningurinn vexur. Umframti linar stuttbylgjuviðgerðin beinleiðis pínu, ivaleyst av tí at pínuleiðingin verður tarnað. Aftrat hesum er viðgerðin sissandi og svøvnlíg.

Vit koma síðani til *baðini* og *ballingarnar*. Baðini hava jú altíð verið í høgum meti hjá fólki. Hetta ger bæði tað, at vatn er góður hitaleiðari, og so tað at vatn lættir um kroppin. Hesum seinasta vinna vit okkum nógv gagn burtur úr, tá ið venjingarviðgerð er neyðug til illa lamdar sjúklingar, eitt nú tey, ið hava barnalamning; men mesta av völdin til at tey eru so nógv umtókt, man vera tann, at hildið hevur verið, tað bar til at lata út í vatnið ymisk evni, sum vórðu sogin upp gjøgnum húðina, so sjúklingurinn av hesum varð grøddur fyri ymsar sjúkur. Mangir bað og heilsubótarstaðir, gitnir um allan heim, hava grundað mæti sítt á hetta, men tó at mong mega verða vónsvikin, verður her tikið fram, at líkindini eru eingi at kalla fyri at tilíki evni verða sogin upp gjøgnum húðina so munandi, at tey kunnu gera um seg sum viðgerð. Baðviðgerðin sjálv kann verða givin á ymsan hátt. Nýtt verða dintilsbað, karbað og hylbað, guvubað og guvuspræni. Baðini kunnu vera køld, flógv, óvirkin og heit. Í alisælaknalígu viðgerðini verða alsamt nýtt furunálabað, saltbað og kolsýrubað, men guvubað og guvuspræni er lítið nýtt.

Ballingar verða framvegis nógv nýttar, bæði heitar og kaldar ballingar. Avirkanargongdin er í grund tann sama, meðan vit í báðum førum fáa stríðari blóðstreym í gjøgnum vevnaðin. Eitt serligt slag av ballingum er evju og móruballingar.

Kann henda eiga vit at nevna, at paraffinbað og paraffinshandskar o. t. verður nógv nýtt. Hetta er so at skilja, at brætt paraffin verður latið storkna rundan um hond og fingrar sjúklingsins, meðan tað er heitt.

II. *Hydrocortisat, sprænt innanliða.*

Nú fara vit at líta at einum nýggjari viðgerðarhátti: at spræna hydrocortisat og aðrar skyldar tilbúningar inn í liðirnar.

1. Tilfar hjá øðrum.

Í 1955 gav *Hollander*⁶, sum ein tann fyrsti, út upp á prent eina rættiliga stóra ritgerð um at spræna hydrocortisonum inn í liðir hjá liðabrekaðum. Áhugaðum verður víst á hesa ritgerð og hinar ritgerðir *Hollander's*^{6,7,8}, ið nevndar eru í bókmentalistanum, og ritgerðirnar eftir *Howard* og *Hollander*⁹, *Stevenson*¹⁵, *Duff*², *Egilius*³, *Henriksen*⁵, *Schledermann*¹⁴, *Surey*¹⁷, o. aðr. fl.

Hollander gav í 1953 út tilfar, ið fevndi um 852 sjúklingar, sum tilsamans høvdu fingið 8.693 innspræningar. Um staðbundnu ávirkanina, sum hydrocortisonið hevur upp á bindivevnaðin yvirhøvur, verður áhugaðum víst á doktoraritgerð *Zachariaes*¹⁹ 1956.

Ávirkanargongdina vita vit ikki so ógviliga nógv um, men hildið verður, at hydrocortisonum og skyld evni hava doyvandi ávirkan á ókyku brunagerðirnar í liðahylkjunum, samstundis sum liðasmyrslíð verður rættvorðið eisini til nøgdar. Meiningarnar um innsogu úr liðaholunum upp í blóðrásina eru ógviliga ymiskar, summir høvundar halda, at innsogan er mest sum eingin³, men aðrir halda, at har er ógviliga stór innsoga⁴. Royndir mínar, nú eg í mong ár havi givið stórar heiliverðir, geva ikki gruna um, at innsogan er so ræðuliga stór. Vit hava í stóran mun givið hesi evni til sukursjúklingar og hava bert í hendinga førum

sæð, at sjúklingurinn er versnaður av sukursjúkuni, og er tá serliga hugsað um vaksandi blóðsukur og økta sukurúrskiljing. Vit mega uttan iva ikki undirmeta rætta handalagið við innspræningini: evnið má og skal sprænast innanliða. Eingin ivi er um, at ofta verður sprænt uttanfyri liðin, og hendir tað, er fjarávirkanin ógviliga løtt at greiða.

Ein av orsökunum til, at menn fóru at fáa áhuga fyri at geva corticoidini innanliða hevur uttan iva verið tann, at teir á henda hátt kundu fáa dyggiligari árin, tá ið bert einstakir og heldur stórir liðir vóru sjúkir; men eisini hevur tað gjørt sitt, at menn við hesi staðbundnu nýtslu væntaðu sær at sleppa undan mongum av teim óhollu hjáárinum, ið komu, tá ið corticoidini vórðu sprænd inn á vanligan hátt ella givin at taka inn. Í dag, nú vit at kalla hava slept viðgerðini við nýrabørkhormonum at taka inn sum varandi viðgerð við polyarthrits chronica og líkum sjúkum, hava innanliðaspræningarnar støðugt staðið seg, bæði viðvíkjandi viðgerð av arthroses og av liðum, sum eru serliga illa farnir av polyarthrits chronica og arthrits urica.

Tey føri, har eg haldi, mest gagn er fingið burtur úr hydrocortisonum og skildum tilbúningum, eru í viðgerðini av arthroses. Við teimum áður nýttu viðgerðarhættunum, heitum ballingum, baðum, handaviðgerð og stuttbylgjuviðgerð, vóru vit aloftast fyri vónbrotum, ella teir veittu bert ein linna, so leingi viðgerðin helt fram, og vanliga ber heldur ikki til at siga annað um røntgengeislingina. Hon var mest sum tað seinasta, vit krøktu okkum í, høvdu sjúklingarnir fleiri ferðir verið undir læknahond við alisælaknaligari viðgerð, og einki hevði hjálpt. Viðgerðarstøðið var tað, at røntgengeislingin verður søgd í summum førum at lina pínu. Tíverri, hetta úrslit ikki meira enn hendir seg. Aftur ímóti ber ikki bert til, nýta vit innspræningar inn í liðin av hydrocortisonum og skildum tilbúningum, at sleppa sjúklingunum undan pínu, uttan eisini at gera teir arbeiðsførar uppí fleiri mánaðir eftir sum sjúkan er

ring til, og so síðan taka upp aftur innspræningarnar, ofta við sama góða úrsliti.

2. Egið tilfar.

Um heiliverðin og kynstrið at geva inn evnið er skrivað sera nógv og sera ymist, og eisini eru menn sera ymiskir á máli um gagni av hesi viðgerð. Tað kann vera so mangt, ið hetta ger, og skal eg seinri nerta við tað. Men fyrst vil eg í stuttum siga frá innspræningarkynstrinum og støddini á heiliverðinum eftir teimum royndum, eg haldi meg hava gjørt, síðan vit í 1954 fóru at nýta evnið á heiliráðdeildini í Maribo, tikið undir á sama hátt á heiliráðdeildini á amtssjúkrahúsinum í Næstved frá 1956 og hildið fram á Dr. Alexandrines Hospitals heiliráðdeild frá februar 1960.

Vit hava nýtt holunálir, gjørdar lívssørar í turrum, og sum einans hava verið nýttar til hesar innspræningar av hydrocortisat inn í liðir, og sprænur, sum eisini eru gjørdar lívssørar í turrum. Sáttreinskan av húðini við jodspritti 2 reisir heldur víða uttan um stunguna, eisini jodspritt uttast á fingrarnar, men ikki lívssørar handskar.

Innspræningarkynstrið hevur verið hetta, taka vit hvønn liðin sær:

1. *Knæliður*: Sprænt verður undir knæskelina innan kníggja, meðan útrondin verður trýst niður við tumlinum á leysu hondini. Fremstifingur verður settur á innrondina. Nálin verður uttan doyving kvikliga stungin inn, og pínir hetta næstan ikki. Stungið verður oftast skeivt á tann hátt, at rent verður til ov ovarliga, so nálin ber við brósk ella beinserk á knæskelini, tí tá býður ímóti og tey fáa ilt.

2. *Mjadnarliður*: Best er her at spræna inn framman ífrá, meðan sjúklingurin liggur opin á bakinum. Stungan eigur at vera 3–5 cm uttan vert við har, vit kenna slagið úr lærlívæðrini og 3 fingrabreiddir undir spina iliaca anterior superior. Nálin verður stungin 60° á skák við holdið aftur eftir og inneftir, og tá ið vit bera við bein, er tað við lærleggjahálsin innanvert við hylkisbrotið. Bera vit ikki

við bein, eru vit farin ov niðarlaga, og hendir hetta mest, tá ið liðaknútan er ikin uppá.

3. *Fótliður*: Trilvað verður eftir fremri rond á langleggnum, og sjúklingurin verður biðin um at boyggja fótin niður, tá ber til at rena nálina beint inn í liðin undir langleggjarrondini. Stungan er beint innanvert við sinuna á extensor hallucis longus og 2¹/₂ cm úr innaru øklaknútu. Tú krevur at hava gjørt hetta nakrar ferðir, áðrenn tað eydnast uttan at elva pínu.

4. *Axlaliður*: Høgligast er at sleppa til framman ífrá, meðan sjúklingurin situr og heldur armin eitt sindur út frá sær og snaraðan útá. Stungan er beint undir og eitt sindur til viks fyri processus coracoideus, og leiðin er beint aftureftir.

5. *Albogaliður*: Sjúklingurin kreppir armin 90° í albognum. Trilvað verður eftir ovasta enda á olecranon, og nálin so stungin beint inn gjøgnum sinuna á triceps. Tá ið tú bert við bein, er tað trochlea humeri.

6. *Handliður*: Lættligt er at sleppa inn lítla fingramegin. Onkur heldur tær hondina á sjúklinginum benda útá við lógvanum horvandi fram, og nálin verður stungin inn í liðin beint niðan fyri processus styloideus ulnae.

7. *Fingraliður*: Stungið verður aftanífrá, meðan onkur boyggir tær liðin og roynir at toga liðaknúturnar eitt sindur hvørja frá aðrari. Best er til hesar smáu liðir at nýta morfín-nálir.

Tá ið nálin er stungin inn, verður sokið út úr liðholuni. Ber til at súgva liðasmyrsl útúr, er eingin ivi í, at tú ert komin inn í liðin. Er tað, sum út verður sokið, ólíkt vanligum liðasmyrsl, eigur hydrocortisat ikki at verða sprænt inn, áðrenn vissa er fyri, at sjúklingurin hevur ikki kykan liðabruna ella okkurt tuberkulamein í liðinum. Útúr smærri liðum er vanliga so, at bert lítið ella einki fæst. Aftaná at inn er sprænt kann tí verða roynt at súgva eitt sindur út úr aftur av tí, sum inn er sprænt; fæst einki út úr, hevur nálin neyvan verið inni í liðinum, og samsvarandi

hesum verður tá úrslitið av viðgerðini ætlandi vánaligari, eins og evnið tá framíhjá kann gera um seg alment, tí at tað tá verður sosið upp í kroppin nakað tað sama, sum høvdu vit sprænt tað inn í vødda. Ivaleyst er tað so, at meginatvoldin til tær vánaligu royndir, nógvir læknar hava fingið burtur úr at spræna hydrocortisat inn í liðir, stendst av skortandi handalagi — evnið má fáast hagar, tað skal gera um seg, inn í liðin sjálvan.

Í fyrstuni óttaðust menn fyri, tá ið teir sprændu hydrocortisat inn í liðin, at tað sum einki kundi taka illt fyri seg í avvarandi liði, og nógva staðir fór viðgerðin fram á skurðstovum við strangasta fyrivarni fyri ígerð. Verða hildnar tær reglur, sum omanfyri eru nevndar, at joda holdið og fingraendarnar og at nýta serstakar nálir, ið bert verða nýttar til innanliða innspræningar, so er vandin fyri ígerð eingin at kalla.

Um støddina á heiliverðinum hava menn verið ógviliga ymiskir á máli og eru tað enn. Flestir nýta heldur smáar heiliverður, úr 25 uppí 50 mg hydrocortisonum í mesta lagi inn í størri liðir og niður í 12,5 mg í smæstu liðirnar, og summir høvundar⁴ mæla beinleiðis frá stórum heiliverðum og leggja hesar undir framíhjá ávirkaninar. Royndir okkara eru tvørtur ímóti. Tá ið vit í 1954 á heiliráðdeildini í Maribo fóru undir henda viðgerðarhátt, royndu vit fyrst smáar heiliverðir, men av tí at vit í flestu førum einki fingi burtur úr hesum, royndu vit at vaxa um heiliverðirnar, og heiliverðarstöddin, vit steðgaðu við, var 125 mg hydrocortisonum í størstu liðirnar, niður í 62,5 mg í smæstu. Vanliga hava sjúklingarnir fingið 1–2 innspræningar í hvønn liðin við 2–5 daga millumbili.

Hesi merki hava vit nýtt at miða okkum eftir, tá ið metast skuldi um virkt viðgerðarinnar: Minkandi liðtroti, meiri liðagongd og eingin pína. Pínuleysir hava sjúklingarnir í flestum førum verið frá 3 upp í 6–9 mánaðir, og av tí at teir onga pínu hava kent sær, og liðagongdin hevur verið betri, hava teir fyri tað mesta í sama tíðar-

skeiði verið arbeidsfórir. Sjúklingarnar hava vit viðgjørt eftir hesum meginreglum:

1. Sjúklingar, sum áður hava fingið alislæknaliga viðgerð, ið einki hevur bagt.

2. Sjúklingar, sum áður hava fingið alislæknaliga viðgerð við minkandi virkt og síðan röntgenviðgerð við ongum úrsliti.

Hesum báðum bólkum av sjúklingum geva vit beinan vegin, tá ið teir aftur verða lagdir inn, hydrocortisat, og verður hetta einasta viðgerðin, tá ið treytir eru loknar at geva hydrocortisat, t. v. s. at vit við röntgenkanning ella vanliga læknakanning finna arthrosis í avvarandi liði (ofta eru arthrosiseyðkenni og rikjan í knæliði, áðrenn nakað sæst við röntgen). Sjálvandi mega eingi óráð takast fyri, t. v. s. at vit við vissu hava gjørt av, at eingin kykur liðabruni, ikki at tala um tuberkulabruni í liðinum, er fyri hond. Ikki má tí verða sprænt hydrocortisat inn í lið fyrstu ferð, uttan so at liðurin er tikin av við röntgen.

3. Sjúklingar, sum áður hava fingið alislæknaliga viðgerð við góðum ella toluliga góðum úrsliti (at skilja so, at tey hava ikki bert havt eingi sjúkuoyðkenni, meðan viðgerðin helt á).

4. Sjúklingar, ið umframt arthrosiseyðkenni hava ringar vøddatrotar, ið væl kennast.

Hesum báðum bólkum líkist okkum best á at geva alislæknaliga viðgerð og enda við innspræningum av hydrocortisat í teir ringast farnu liðirnar.

5. Sjúklingar, har liðirnir eru illa farnir og við mest sum stívum liðum (hetta eru mest knæliðirnir). Í slíkum forum taka vit til hydrocortisat, sum invasin ella penetrasa er latin út í, og spræna tað rundan um knæskelina og geva umframt framtøka røringaviðgerð. Tá ið fleiri ferðir er sprænt inn, eydnast tað mangan at fáa so frægt av liðagongd á liðin, at vit sleppa til við hydrocortisati inn í liðin. Ofta verða vit púra bilsin av úrslitinum.

Tíverri eru vit enn ikki liðnir við at handfara tað um-

rödda, stóra tilfari av sjúklingum, sum fingið hava innan-
liða viðgerð við hydrocortisati fyri arthroses, polyarthriti
chronica, arthriti urica o. a. Men heiliráðdeildin í Næstved
(fyrstøðumaður: dr. med. S. A. Holbøll, yvirlækni) hevur
latið meg fingið uppritini um 78 sjúklingar. Tilfarið er úr
árunum 1956–57 og er tikið burtur úr eftir tilvild, eftir
innleggingardeginum í vanligari røð og uttan mun til liða-
sjúkuna ella viðgerðarúrslitið. Í talvuni (bls. 107–111) fari
eg at royna at geva eitt yvirlit yvir viðgerðarúrslitini hjá
hesum 78 sjúklingum. So at betur skal síggjast út yvir,
og talvan ikki fylla ov mikið, havi eg noyðst at nýta
styttingar,¹⁾ sum her yvirhøvur eru á enskum máli ella
vanligum læknamáli.

1) Hesar styttingar eru nýttar:

(These symbols are used)

Male (manafólk): M.

Female (konufólk): F.

Diagnosis (sjúkuavgerð):

Artrosis deformans: a. df. gen. (genu = knee (knæ)).

a. df. cox. (coxa = hip (mjøðn)).

etc.

Polyarthritis chronica: p. chr.

Periartroitis humeri: p. hum.

Luxatio coxae congeniti: l. c. c.

Hydartron genu: h. gen.

Arthritis urica: a. uric.

Polyarthritis rheumatica secundaria: p. rh. sec.

Symptoms (sjúkuæyðkenni):

Pains (pína): p.

Stiffness (stirvni): st.

Limitations of motion (tarnað liðagongd): l. m.

Physical examination (óvildarkanning):

Crepitatio (ríkjan): crp.
 Deformity (avskapan): d.
 Swelling (troti): sw.
 Limitationss of motion (tarnað liðagongd): l. m.
 Looseness (losnaður liður): l.
 Effusion (vatn á liði): eff.

X-ray examination (röntgenkanning):

Narrowing of the articular space (smalkað liðriva): n. sp.
 Osteophytic formation (beinsporagerð): o. f.
 Sharpening of the articular margins (hvest liðrøð): s. m.
 Bone sclerosis (knotutætting): b. s.
 Bone cysts (beinbløðrur): b. c.

The different joints (ymsu liðirnir):

Shoulder joint: a. hum. (articulatio humeri, axlaliður).
 Elbow joint: a. cub. (articulatio cubiti, álbogaliður).
 The wrist joint: a. rad. (articulatio radiocarpea, handliður).
 Digital joints: a. d. m. (articulatio digiti man, fingraliður).
 Hip joint: a. cox. (articulatio coxae, mjadnarliður).
 Knee joint: a. gen. (articulatio genu, knæliður).
 Ankle joint: a. tal. (articulatio talocruralis, fótliður).
 Joints of the digits: a. d. p. (articulatio dig. ped., táliður).

Virkt viðgerðar, mett eftir, hvussu tað hevur munað fyri pínu, liðagongd, minkandi liðtrota og pínuleysa skeiðið.

Good effect (góðan mun): +++
 Middle effect (toluligan mun): ++
 Minor effect (mest sum ongan mun): +
 No effect (ongan mun): ÷
 Worsening (versnað): ÷÷

Tilburður (Case)	Aldur (Age)	Kyn (Sex)	Sjúkuvagð (Diagnosis)	Sjúku- eyðkenni (Symptoms)	Óvildarkanning (Physical examination)	Röntgenkanning (X-ray examination)	Hydrocortisonum 25 mg/ml	Virkt (Effect)
1.	58	F.	a.df.gen.sin.	p. st. lm.	drp. d. lm.	n.sp. o.f.	5 ml × 2	++
2.	46	F.	a.df.gen.utr.	p. st.	drp. d. sw.	÷	5 ml gen.utr.	++
3.	62	M.	a.df.cox.dxt.	p. st.	lm.	o.f. n.sp. b.c. b.s.	5 ml × 2	++
4.	60	M.	a.df.cox.dxt.	p. st.	lm. d.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml × 2	÷
5.	32	M.	p.rh.sec.gen.dxt.	p.	sw. eff.	÷	5 ml × 2	++
6.	65	M.	a.df.gen.sin.	p.	crp. d.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml	++
7.	65	M.	a.df.gen.utr.	p. st.	crp. d.sw.	n.sp. o.f. b.c. bs. s.m.	5 ml gen.utr. 17.8.56-3.6.57	++
8.	44	F.	a.df.gen.et.cox.	p. st.	crp. d. lm.	n.sp. o.f. b.s. s.m.	5 ml gen. + hip.	++
9.	29	F.	a.df.gen.sin.	p. lm.	d.	n.sp. o.f. b.s. s.m.	5 ml × 3	++
10.	67	M.	a.df.cox.utr.	p. st.	lm.	n.sp. o.f. b.s. s.m.	5 ml hip.	++
11.	63	M.	pe.hum.utr. a.df. gen.utr. h.gen.dxt.	p. lm.	d. sw. lm.	a.hum.: ÷ a.gen.: o.f. n.sp. b.s. s.m.	5 ml knee.	++
12.	71	F.	a.df.gen.et.cox.utr.	p. st.	d. crp. sw. lm.	a.cox.: n.sp. b.s. b.c. o.f. a.gen.: n.sp. b.s.	5 ml gen. et cox. utr.	++
13.	55	F.	a.df.cox.sin.	p. st.	lm.	n.sp. o.f.	5 ml × 1	++
14.	64	F.	a.df.gen.	p.	crp.	n.sp. b.c. b.s.	5 ml gen.utr.	++
15.	61	F.	a.df.gen.et.cox.	p. st.	crp. lm.	o.f. n.sp. b.s.	5 ml gen. + hip.	+

Tilburður (Case)	Aldur (Age)	Kyn (Sex)	Sjúkuvagrerð (Diagnosis)	Sjúku- eyðkenni (Symptoms)	Óvildarkanning (Physical examination)	Röntgenkanning (X-ray examination)	Hydrocortisonum 25 mg/ml	Virkir (Effect)
16.	47	F.	a.df.gen.dxt.	p.	sw. eff. crp.	o.f. n.sp.	5 ml	++
17.	50	F.	a.df.gen.	p.	sw. crp.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml × 2	÷
18.	69	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml × 2	++
19.	61	F.	pe.hum.dxt.	l.m. p.	crp. l.m.	÷	5 ml	+
20.	69	M.	a.df.cox.	p. l.m.	l.m.	o.f. b.s. n.sp.	5 ml	++
21.	57	F.	a.df.gen.	p.	sw. crp. l.m.	n.sp. b.s. o.f.	5 ml × 2	++
22.	70	M.	a.df.gen.utr. a.df. cox.dxt.	p.	crp. l.m.	n.sp. o.f. b.s. sm.	5 ml gen., 5 ml × 2 hip.dxt.	+
23.	67	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp. d. l.m.	n.sp. b.s. s.m. b.c.	5 ml × 2	++
24.	65	F.	a.df.gen.utr.	p.	l.m. crp.	n.sp. sm.	5 ml	++
25.	48	F.	p.hum.dxt.	p. l.m.	l.m.	÷	5 ml	++
26.	61	M.	p.hum.sin.	p. l.m.	crp. l.m.	÷	5 ml	++
27.	76	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m. st.	crp. d. sw.	n.sp. o.f. b.c. b.s.	5 ml × 3	÷
28.	62	F.	p.chr.	p. (gen.)	d. sw. l.m. eff.	n.sp. b.c. o.f.	5 ml	++
29.	54	M.	a.df.gen.et.cox.utr.	p. l.m.	crp. d. l.m.	n.sp. o.f. b.c. b.s.	5 ml gen. et cox. utr.	++
30.	56	F.	a.df.gen.et.cox.utr.	p. l.m.	crp. d. l.m.	n.sp. b.s.	5 ml gen. et cox. utr.	+
31.	59	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp. d. l.m.	n.sp. o.f. b.c. b.s.	5 ml × 2	++

Tilburður (Case)	Aldur (Age)	Kyn (Sex)	Sjúkuavgerð (Diagnosis)	Sjúku- eyðkenni (Symptoms)	Óvildarkanning (Physical examination)	Röntgenkanning (X-ray examination)	Hydrocortisonum 25 mg/ml	Vírk (Effect)
32.	59	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. b.s. b.c.	5 ml	++
33.	58	M.	a.df.gen.dxt.	p.	eff. crp.	n.sp. b.s.	5 ml	÷
34.	77	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	l.m. crp. d.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml	+
35.	71	F.	a.df.gen.et.cox.utr.	p. l.m.	crp. l.m.	n.sp. b.s. o.f.	5 ml gen.et.cox. utr.	+
36.	67	F.	a.df.cox.sin.	p. l.m.	l.m.	n.sp. b.s.	5 ml	++
37.	72	F.	a.df.cox.utr.	p. l.m.	l.m.	n.sp. b.s. b.c.	5 ml	÷
38.	70	F.	a.df.cox.et.gen.utr.	p. l.m.	d. l.m.	n.sp. o.f. b.c.	5 ml	++
39.	59	M.	a.df.gen.utr.	p. st. l.m.	crp. d. l.m.	n.sp. o.f. b.c.	5 ml × 3	++
40.	57	M.	a.df.gen.utr. p.hum.utr.	p. l.m.	crp. l.m.	n.sp. b.s.	5 ml	++
41.	61	F.	a.df.gen.utr.		crp.	÷	5 ml × 2	÷
42.	67	M.	a.df.gen.utr.	p.	crp. sw.	b.s. n.sp.	5 ml	+
43.	72	F.	a.df.gen.dxt.	p. l.m.	crp. d.	÷	5 ml × 2	++
44.	74	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp. sw.	n.sp. b.s. b.c.	5 ml × 2	++
45.	70	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	b.s. n.sp.	5 ml × 2	++
46.	71	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp. sw.	n.sp. b.s.	5 ml	++
47.	68	M.	a.df.gen.dxt.	p. l.m.	crp. sw.	n.sp. b.s. b.c.	5 ml × 2	÷
48.	57	M.	a.df.cox.utr.	p. l.m.	l.m.	n.sp. o.f. b.c.	5 ml × 2	++

Tilburður (Case)	Aldur (Age)	Kyn (Sex)	Sjúkuvagrerð (Diagnosis)	Sjúku- eyðkenni (Symptoms)	Óvildarkanning (Physical examination)	Röntgenkanning (X-ray examination)	Hydrocortisonum 25 mg/ml	Virkt (Effect)
49.	60	M.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp. sw.	n.sp. b.s. b.c.	5 ml × 2	++
50.	55	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp.	÷	5 ml × 2	÷
51.	69	M.	a.df.gen.sin.	p.	crp.	b.s. n.sp.	5 ml	÷
52.	58	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp. sw.	÷	5 ml × 2	++
53.	69	M.	a.df.gen.et.cox.utr.	p. l.m.	crp. l.m.	n.sp. o.f. b.c.	gen.: 5 ml × 2, cox.: 5 ml	++
54.	56	M.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	÷	5 ml	÷
55.	74	M.	p.hum.utr.	p. l.m.	l.m. crp.	n.sp. b.s.	5 ml	++
56.	56	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml	+
57.	79	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	crp. d. l.m.	n.sp. o.f. b.c. b.s.	5 ml	++
58.	66	F.	p.hum.utr.	p. l.m.	l.m.	b.s.	5 ml	++
59.	45	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. b.s. o.f.	5 ml	++
60.	67	F.	p.hum.utr.	p.	l.m.	÷	5 ml	÷
61.	67	F.	a.df.gen.utr.	p. l.m.	d. crp. l.m.	n.sp. o.f. b.c. b.s.	5 ml	÷
62.	75	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml	++
63.	73	F.	a.df.gen.et.cox.sin.	p.	crp. d. l.m.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml	++
64.	53	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. b.s. b.c.	5 ml	++
65.	54	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp. d. sw. l.m.	n.sp. o.f.	5 ml	++
66.	52	F.	a.df.gen.et.cox.utr.	p.	crp. l.m.	n.sp. o.f. b.s.	5 ml	++

Tilbútur (Case)	Aldur (Age)	Kyn (Sex)	Sjúkuvæð (Diagnosis)	Sjúku- eyðkenni (Symptoms)	Óvildakanning (Physical examination)	Röntgenkanning (X-ray examination)	Hydrocortisonum 25 mg/ml	Vírt (Effect)
67.	69	M.	p.hum.sin.	p. l.m.	÷ ÷ ÷	÷	5 ml	++
68.	63	F.	a.df.cox.utr.	p. l.m.	l.m.	n.sp. b.s. o.f.	5 ml	++
69.	72	M.	a.df.gen.utr.	p.	crp. eff.	n.sp. o.f.	5 ml	÷ ÷
70.	61	M.	a.df.gen.utr.	p.	crp.	n.sp. o.f.	5 ml	++
71.	59	F.	a.df.gen.dxt.	p.	crp.	n.sp. o.f.	5 ml	++
72.	58	F.	p.hum.dxt.	l.m. st.	l.m.	b.s.	5 ml	++
73.	56	M.	a.df.gen.et.cox.utr.	p. l.m.	crp. l.m.	n.sp. o.f.	5 ml	++
74.	71	F.	a.df.cox.utr.	p. l.m.	l.m.	n.sp. o.f. b.c.	5 ml × 2	÷
75.	77	F.	p.hum.utr.	p. l.m.	l.m.	÷	5 ml × 2	++
76.	71	F.	a.df.gen.utr.	p.	crp. ÷ sw.	b.s.	5 ml	++
77.	48	M.	a.uric.dig.l.ped. dxt.	p.	sw.	÷	2 1/2 ml	++
78.	80	M.	a.df.gen.dxt.	p. l.m.	lm. d.	n.sp. o.f. b.c. b.s.	5 ml × 8	++

Í omanfyri standandi tilfari frá heiliráðdeildini á amtsjúkrahúsinum í Næstved, eitt tilfar, sum ikki er valt burtur úr (tí sjúkradagbøkurnar eru tiknar hvør eftir aðrari eftir innleggingardegi frá miðjum 1956 — mitt 1957), finna vit góðan mun (virkt) hjá 42 burtur úr einum sjúklinga tilfari uppá 78. Góður munur, hava vit sagt, er fingin, tá ið úrslitið, sum omanfyri er greint frá, var pínuloysi, minkandi liðtroti, meiri liðagongd og eingi sjúkueyðkenni drúgva tíð. Toluligur munur (meðal virkt) er funnin hjá 16 sjúklingum, og toluligur munur, hava vit sagt, er fingin, tá ið pínuloysi er vunnin styttri tíðarskeið, hóast liðagongdin er ikki batnað. Mest sum eingin munur (lítill virkt) er funnin hjá 7 sjúklingum. Mest sum eingin munur er at skilja so, at pínan kom aftur, tá ið heilt stutt var umliðið. Hjá 12 sjúklingum gjørdi viðgerðin púrt ongan mun (eingin virkt), t. e. at standurin var út í odd og egg hin sami aftaná sum undan, at hydrocortisonum var innsprænt. 2 sjúklingar søgdu seg beinleiðis at vera versnaðir av innspræningunum (teir søgdu, at pínan var verri, og liðagongdin minni).

Tí kann sigast, at hjá u. 54% av sjúklingunum er at vera væl nøgdur við virktina, og hjá u. 20% er standurin væl batnaður. Og av tí at flestu sjúklingarnir framman undan annaðhvørt høvdu fingið alislæknaliga viðgerð uttan varandi virkt ella alislæknaliga viðgerð og síðan røntgen viðgerð uttan varandi virkt, má úrslitið sigast at vera eggjandi.

Heiliverðirnir, ið nýttir eru, hava verið munandi størri enn teir, sum vanliga verða nýttir. Eins og frá er sagt áður, hava vit til stórar liðir nýtt 125 mg hydrocortisat Leo og til smáar liðir umleið helvtina. Flestir heiliráðlæknar hava áður nýtt eini 50 mg hydrocortisat til stórar liðir og 25 mg til smáar. Tá ið vit fóru at nýta hesar stóru heiliverðir, var tað tí, at vit á heiliráðdeildini á amtssjúkrahúsinum í Maribo (fyrstøðumaður: dr. med. et mag. scient. E. Lundsteen, yvirlækni) í 1955–56 fingi lagdar inn ikki sørt av

sjúklingum, sum áður hövdu fingið hydrocortisat innan liða, men hövdu fingið smáar heiliverðir, sum als ongan mun hövdu gjört. Tí at vit hildu vána úrslitini kundu standast av tí, at inngávan var ov lítil, royndu vit at vexe um heiliverðin, og av tí at fyrstu sjúklingarnir, vit viðgjørdu, søgdu seg at batna munandi, eggjaði tað okkum at halda á við teimum størri heiliverðunum

Úr 3 og upp í 12 mánaðir hövdu sjúklingarnir eingi sjúkuveyðkenni, og vanliga vóru teir í hesum tíðarskeiði væl gongdir og arbeidsførir. Hava teir verið inn aftur lagdir, hefur tað oftast verið, tí at pínan hefur tikið seg upp aftur. Hava innspræningarnar seinri verið uppafstur tiknar, hava sjúkuveyðkennini vanliga verið burtur eins leingi. Eftirlit við röntgenmyndum av brekaðu liðunum hava yvirhøvur víst óbroytt viðurskifti, ongar broytingar í liðrivu ella knotuvond, og ikki hava vit sæð nakran tilburð av ringari knotuoyðing, t. d. vevnaðadeyða av collum femoris, so sum frá er sagt fyri stuttum.

Sum nevnt nýta vit hydrocortisat á henda sama hátt á heiliráðdeildini á Dr. Alexandrines hospitali. Síðan 1. apríl 1960 hava vit givið um 150 innspræningar, og úrslitini hava, tað vit enn duga at meta, verið mest sum tey somu sum á heiliráðdeildini á Amtssjúkrahúsinum í Næstved.

III. Skurð- og skurðbeinilæknalig tiltøk.

Vit venda okkum nú at skurð- skurðbeinilæknaligu tiltøkunum. Teir liðir, hesi tiltøk mest snúgva seg um, eru knæ- og mjadnarliðir. Taka vit knæliðirnar fyrst, so verður ikki hugsað um skurðviðgerð uttan so, at allir hinir viðgerðarhættir longu eru royndir frá alislæknaligari viðgerð til röntgenviðgerð og síðan hydrocortisat. Ráðini eru skurðviðgerð, tá ið nógv pína er í stillastandi og um náttina; men ikki er pína, tá ið sjúklingurin gongur, ella í fyrstuni, hann fer at ganga, nóg mikið til at vit eiga at ráða til

skurð, av tí at vit eru ikki fullnøgdir við teir ymisku skurðhættirnar — tá er tað at leggja knæið stívt (arthrodesis) ikki talt uppí. Skurðtíltøkini, sum standa í boði, eru arthroplastik, men úrslitið er heldur svikaligt, og eigur hetta tí bert at vera gjørt á fólki, nakað við aldur. Sama er at siga um osteophylectomia og synovectomy. Situr arthrosis mest, har tað ber saman millum lærlegg og knæskel, kann ein patellectomia vera frálíkt tiltak. Viðvikjandi tí at gera knæliðin stívan, hava menn fyrr aftrað seg, mest á gomlum fólki, men verður gjørt eftir háttalag Channley's har knúturnar verða trýstar ógviliga fast hvør móti aðrari (sonevnd kompressiósarthrodesis), er ikki meira enn hendingaferð, at grøðingin er seinkað ella verður tægrut.

Sama er at siga um arthrosis í mjadnarliðinum, eisini her verður roynt sum longst við afturhaldandi viðgerð. Fæst ikki nóg gott úrslit burtur úr henni, t. v. s. at pínan heldur sær við røringum, um náttina og í stillastandi, noyðast vit at hugsa um skurð. Eisini kroppningar og ringur sinadráttur í adductorunum kunnu elva til skurð. Skurðhátturin, nýttur verður, veldst um hvussu arthrosis er, um hon er øðru ella báðumegin, og aldur sjúklingsins. Yvirhøvur ber til at siga, at í fyrstu syftu verður ikki farið undir stór tiltøk til fullnaðar. Gott úrslit fæst mangan burtur úr eini obturatoriussexairexis ella eini inforatio capitis femoris, men summum sjúklingum tørva størri atgerðir og meira viðgongdar skurðviðgerðir. Av skurðum eru í at velja arthrodesis, arthroplastik, ella osteotomia. Hjá yngri fólki við liðiligum ryggi og frískum knæliðum, verður arthrodesis oftast tikin framum. Aftur í móti dugir hon minni til fólk, væl við aldur. Arthroplastikkurin verður gjørdur sum caput-collum-resectio og plast- ella metalprothesis sett aftur í. Í fyrstuni varð hesum lítið nógvt til, og úrslitini í lètuni vóru eisini stak góð, ikki ber til at siga annað, men tíverri, tá ið fá ár vóru frá liðin, versnaðu nógvir sjúklingar, helst fingur teir ringari pínu vegna beinþinnagerð, kálking av liðhýlkinum og myositis ossificans.

Og hjá summum losnaðu protheses. Í dag nýta vit tí ekki hetta tiltak til yngri fólk, men hjá gomlum fólki vil oft verða tikið til hetta, av tí at sjúklingarnir vanliga fáa nøkur ár við ongari pínu. Tey ymisku osteotomia-háttaløginu hava seinri árinu tikið seg nakað fram. Ógviliga ymsir eru háttirnir, men um allar er at siga, at miðað verður eftir coxa valga støðu, so tyngdin verður at hvíla á meira upp og niður. Tað minkar um slitið av liðinum. Sama fæst burtur úr tí sonevnda miðstadda úrliðingarháttinum eftir Channley. Hetta verður gjørt so, at ræsið verður borað gjøgnum acetabulum og í hetta ræsið verður liðknútan, sum bróskið er flustuttan av, sett. At enda stendur í boði at taka burtur liðknútuna og onga prothesis seta aftur í aftur, og ofta verða tey eisini av hesum pínuleys.

IV. Heiliráða viðgerð.

Um viðgerðina við heiliráðum er at siga, at ekki skal eg her nema við teir vanliga nýttu pínudoyvandi heilivágarnar úr salicylsýrusflokkinum og við tilbúningar, skyldir við teir. Men tá ið eg taki uppí her henda flokkin, so er høvuðsatvoldin í fyrstu syftu, at eg álvarsamt vil vara øll við at nýta cotisonum og skyldar tilbúningar til viðgerð av sjúklingum við rættuligum úrskepandi sjúkum í liðum (arthroses), og í øðru syftu tí at eg fegin vil hava á orði ein tilbúning, sum seinri árinu hevur lagt meir og meir undir seg, og sum eftir royndum okkara í valdra færum er heilt frálíkur, og tað er evnið butazolidin (3,5 — dioxo — 1,2 — difenyl — 4 — n — butyl — pyrazolidin). Tilbúningin henda hava vit vitað um fleiri ár, og verður hann, sum kunnugt er, nýttur til viðgerðar av sjúklingum við polyarthritis chron., arthritis urica og fleiri øðrum sjúkum. Henda tilbúning fóru menn undir at nýta at kalla um somu tíð, sum fagnaðarrómurin fyri hjánýrabærkhormonunum var í hæddini. Av hesum og eisini tí, at tilbúning-

urin kundi elva agranulocytosis, kom hann fyrri heldur harðari andstöðu, einamest í Danmörk, meðan hann í Norðgi varð nakað væl nýttur.

Nú tað vísti seg, at langtíðarviðgerð av polyarthrits chronica við corticoidum kundi elva ringa og álvarsama framíhjá ávirkan, fór økið, har tey vóru nýtandi at treingjast, og butazolidin legði aftur land undir seg, og tá kom í ljós, at heldur enn ikki ov nógv hevði verið avgjørt ræðsluni fyrri agranulocytosis viðvíkjandi.

Viðhvørt sæst hvítblóðkroppatalið at fella undir viðgerðini, men talið vexur aftur, minka vit um verðin ella halda uppat at geva evnið, og sjáldsamt er, at agranulocytosis stendst av viðgerðini.

Á heiliráðdeildini á Amts- og bysýgehuset í Maribo fóru vit í 1954 undir at nýta henda tilbúning til sjúklingar við ringum arthroses.

Treytin var tann, at eingin onnur viðgerð hevði rinið við sjúklingarnar, hvørki alislæknað viðgerð, röntgenviðgerð ella viðgerð við hydrocortisat inn í liðirnar, og at sjúklingarnir umframt annaðhvørt vóru so væl við aldur ella høvdu hjarta- ella lungasjúkur, sum gjørdur, at vágiligt var at bjóða teimum skurð. Tilbúningurin vísti seg í stórum at linka pínu, meira enn vanligu pínudoyvandi evnini. Heilverðurin hjá okkum var hesin: 200 mg 4 ferðir um dagin, minnkandi 200 mg um dagin til minnsta verðin, ið veitti sjúklinginum toluligan livimáta, vanliga 100–300 mg butazolidin um dagin. Áðrenn farið var undir viðgerðina, gjørdur vit blóðrannsókn út í æsur, serliga hvítblóðkroppatalinum viðvíkjandi, og síðan vórðu hvítblóðkropparnir taldir eina ferð í hvørjum mánaða. Sagt varð við sjúklingarnar at venda sær til egnan lækna, kendu teir sær nakað til hálstak, ið sum kunnnugt er fyrsta eyðkenni hjá byrjandi agranulocytosis.

D. Niðurløga.

Nú skal verða roynt at taka saman um aftur og leggja aftrat tí, sum oman fyri er greitt frá, og at gera av nøkur stevnumið, hvørjir viðgerðarhættir nýttir eiga at verða í hvørjum einstakum føri.

Slitgiktin, ið sum arthrosis herjar á stóru liðirnar, og ið sum spondylosis herjar á ryggjin, er sera viðgongd sjúka, sum onkuntið fer at raka flestu av okkum. Meginatvoldin til, at hesar sjúkur taka seg upp, er, navnið sigur tað, at lið- og knotulag eru fyri sliti, og tí skilst, at fólk, ið verið hava fyri brunagerðum í ryggi og liðum, fáa sjúkuna á yngri árum enn fólk annars. Sama er at siga um fólk, ið viðføddar sjúkur hava, eitt nú eru fødd við mjødini úr lið, og fólk, ið havt hava beinbrot ella vøddalamningar. Som er atvoldin til, at fólk við tungum kroppsarbeiði hava meira lyndi íl at fáa slitgikt enn skrivstovufólk til dømis. Meðan beinagrindin alsamt er fyri gerðum, sum ríva niður og laða upp, skilst væl, at broytt kálkinnsoga vegna umskifti í starvshátti garnanna, eins og kostur, sum lítið er í av teimum lutum, sum fara skulu til knotubygnaðan, gera beinagrindina viðkvæmari, so tað liður skjótari eftir hjá teimum niðurrívandi gerðunum. Hjá konufólki munnu broytingar í hormonavøguni, tá ið tær eru um at fara av barnburði, hava meira uppá seg, enn hildið hevur verið.

Skulu læknar gera nakað munandi til at firra hesum kvalafullu og mangan sera avlemjandi sjúkum, noyðast vit í fyrsta lagi at hava í huga *firrandi viðgerðina* (*sjúkuvørnina*). Og her ræður um í tøkum tíma at gera av viðføddu sjúku-urnar, viðgera tær væl og virðiliga og ikki missa sjúklingarnar úr eygsjón, einamest í vaxtrarskeiðinum um kynsbúningina. Síðan við *yrkisleiðbeining* royna at bera so í band, at sjúklingar, ið hesar sjúkur hava, kjósa sær ikki kroppslig tungarbeiði, sum leggja fyri teir partar av rygginum ella teir liðir, ið veikir eru, tí tað vil vera sjúklinginum og, um so er, konu og børnum hansara, óbøtandi

skaði, eins og það verður tungt fyri samfelagið við listum arbeiðisdögum — teir tilburðir ikki um at tala, sum enda í avlami.

Við *fólkakunna* eigur at verða miðað ímóti, at sjúklingar á »vandaaldri« fáa dyggan kost, það er kostur sum nóg mikið er í av kálki, D-vitamini og eggjahvítaevni.

Hava sjúkurnar sloppið at vundið so nógv uppá seg, at teimum tørvar viðgerð, noyðast vit við nærlagdari sjúk-dómssøgu, óvildarkanning út í ytstu æsir, stuðlað av serligum starvstovukanningum og sveitavatnsvísingum, umframt röntgenmyndum av sjúku liðunum og knotunum, at fáa skil á tí mangan fløktu sjúkuueyðkennisfrøðini, so tann beina sjúkuavgerðin fæst burtur úr. Almikið av ymsum øðrum sjúkum troðka seg her framat í *sjúkugreiningini*: torkendir tilburðir av polyarthrititis chronica, arthrititis rheumatica secundaria, polyarthrititis psoriatica, arthrititis urica, arthropathia tabetica, spondylitis anchylopoetica, liðabroytingar við ochronosis og liðapína sum framihjá sjúkuueyðkenni við ymiskan krabbavøxtur. Ikki skal verða farið út í æsir, men sumt umráðandi sjúkuavgerð liðsjúkunnar viðvíkjandi fari eg at draga fram í ljós og vónandi fer tað at gera, at útsýnið verður betur út yvir alt hetta. Hvør tann sjúklingur, sum kennir sær mein úr rygginum eigur at verða kannaður fyri beinleiðis og óbeinleiðis illsku í geislunum sjálvum og fyri illsku, beinleiðis ella óbeinleiðis í mjadnabreiðageislaliðum. Verða ein ella fleiri geislar funnir at vera beinleiðis og óbeinleiðis eymir, tá er stórliga at hava illgruna um, at onkur brunagerð ella niðurrivandi gerð er í avvarðandi geislum, tað vil siga spondylitis tuberculosa ella frávøxstur frá krabbavøxti og myelomatosis. Eru mjadnabreiðageislaliðirnir beinleiðis ella óbeinleiðis eymir, tá er í sjúkusundirgreiningini helst at hugsa um spondylitis anchylopoetica og at taka sermyndir av mjadnabreiðageislaliðunum og smáu ryggjaliðunum (ofta gáa vit ikki um byrjandi spondylitis anchylopoetica). Ein stað bundin spondylosis, tað vil siga spondylosis, sum bert

røkkur um ein ella tveir geislar, gevur nógvan illgruna um, at sjúklingurin hevur diskúrskeping, og honum tørvar tá ofta aðra viðgerð enn hevði hann meira viðgongda spondylosis. Ivast vit í, um sjúka er góðs ella illkynjað, kunnu blóðkroppafallið og kanning av lútligum og súrum fosfatásum veita okkum upplýsingar sum ikki kunnu metast nóg høgt. Sjúkueyðkenni frá rygginum saman við nógv øktum súrum fosfatasum eru oftast orsakað av cancer prostatae; øktar lútligar fosfatasur og ov høgt blóðkroppafall umleið 100 eru oftast orsakað av myelomatosis. Øking av lútligum fosfatasunum einsamøll er at finna við frávøxtur frá krabbavøxtri, men eg má gera vart við, at lútligu fosfatasurnar eisini eru øktar við meira góðkynjaðum sjúkum sum osteomalacia og hyperparathyreoidismus og so við eina sjúku, sum als ikki nemur við knotulagið, og tað er tiptan gulusótt. Venda vit okkum nú at liðsjúkunum, so er eyðkenni, sum vit vita tað, at vanligast leggjast arthroses á stóru liðirnar, so hugleiðingar okkara í sjúkusundurgreiningini koma at riða millum arthroses øðrumegin og hinumegin arthropathia tabetica, ochronotiskar liðabroytingar, arthritis rheumatica secundaria og liðapínur, ið eru framíhjá eyðkenni hjá ávísam krabbavøxtrum. Eitt nú eru ofta bágar í knæliðinum við neoplasma malignum pulmonis. Eisini blóðkroppafall og Wassermann-rannsóknir kunnu her vera til hjálpar. Eina sjúku vil eg serliga draga fram, og er tað »noduli Heberden«. Tað er arthrosissnið, ið setur seg í útliðurnar á fingrunum. Tíðast er hon at finna hjá konufólki og tekur seg upp, tá ið tær eru um at fara úr barnburði. Mótvegis polyarthritis chronica elvir hon ofta til nógvar hugleiðingar í sjúkusundurgreiningini. Umráðandi er her at leggja sær í geyma, at polyarthritis chronica primaria ger seg bert inn á mið og grundliðir á fingrunum, men tíverri, eitt undantak er, sum her í Føroyum kann villa, og tað er, at hitt sonevnda polyarthritis psoriatica eisini ger seg inn á útliðirnar á fingrunum. Psoriasis er sera vanlig sjúka í Føroyum, og tí er hugsandi

av og á at detta fram á tilburðir við polyarthrititis psoriatica, og óhugsandi er heldur ekki, at onkuntíð kundi verið rakt við sjúkuna, og hon eingi húðareyðkenni hevði: Sera umráðandi er, at sjúkuavgerðin verður bein, tí viðgerðirnar líkjast í ongum. Aðalviðgerðin av polyarthrititis chronica og polyarthrititis psoriatica er enn sanocrysinviðgerðin. Eisini vónirnar eru ógviliga ólíkar. Til hjálpar standa ymsar sveitavatnsvísingar. Í stuttum skal eg nevna: antistreptolysinstyrkin (AST-vísingin), antistreptohyalonidasuvísingin (ASH-vísingin), streptococagglutininstyrkin (SAT-prógvið), Rose Waaler-prógvið (óbundin sveitavatnsvísing), Hyland's prógv = RAT-prógv (óbundin sveitavatnsvísing). Verða saman við hesum kanninum eisini kannaðar lútligu fosfaturnar og so við ravbering eggjahvítaevnini í sveitavatninum, verða heilt fáir tilburðir av liðasjúkum eftir, sum vit fáa ekki skipa í ból. Hin eyðkenda febris rheumatica hevur við sær ov høga AST- og ASH-vísing og ov høgt blóðkroppafall; viðhvørt er ov nógv av gammaglobulini, men ekki av alpha-2-globulini. Hjá polyarthrititis chronica finna vit ofta positiva SAT-vísing umframt positivt Rose Waaler-prógv og RAT-prógv. Eggjahvítaevnini í sveitavatninum eru sum hjá febris rheumatica, og lútligu fosfaturnar eru í rættlagi hjá báðum sjúkum. Fyribils royndir okkara á heiluráðdeildini á Dr. Alexandrines hospitali eru, at RAT-prógvið er hitt tryggasta á at líta í sjúkuavgerðini hjá polyarthrititis chronica. Oftast eru tær nevndu sveitavatnsvísingarnar negativar hjá liðapinum, ið stava frá krabbavøxti, men tá er saman við ov høgum blóðkroppafalli ofta at finna ov nógv av lútligum fosfatasum, ov nógv av gamma-globulini og av alpha-2-globulinum. Í flestum førum er Wassermannvísingin positiv hjá arthropathia tabetica. Mær hevur tað tókt beinast at draga hetta fram í ljós, tó at eg havi hættað mær eitt sindur burtur frá evni mínum.

Eru vit nú vunnir fram til sjúkuavgerðina spondylosis columnæ ella liðarthrosis, aftaná væl og virðiliga at hava hugsað okkum um, tá er eftir gjølla at ætla um, hvør við-

gerðarháttur bestur er í tí føri, sum er fyri hond. Besti viðgerðarhátturin er hann, ið megnar at sleppa sjúklinginum undan sjúkuveyðkennum og at gera hann arbeiðsføran. Viðgerðarhátturin, nýttur í hvørjum einstakum føri, fer at verða treytaður av teimum tættum, ið omanfyri eru nevndir, og eru teir: atvold sjúkunnar, sjúka liðinum, um sjúkan situr øðru ella báðumegin, aldur sjúklingsins, standi vøddanna og aðrir.

Vit mega fyrst og fremst minnst til, at høvuðssessur sjúkdómsins er liður og knotur, at broytingar í vøddunum eru í aðru røð, og at vit tí ikki mega vænta, at viðgerð av vøddum sær, veri seg heitar ballingar, stuttbylgjur, handa viðgerð og tilíkt, vilja hava nakra sum helst varandi virkt. Stytt bein má javnast aftur við sjúkrafótbúna, vánaligt gongulag við gonguvenjingum, viknaðir vøddar við sjúkrafimleiki, illa samanrunnin brot mega verða brotin upp aftur, banding og studdbind eiga at verða nýtt so lítið, sum til ber, somuleiðis long seingjarlega. Eru knoturnar úrkálkaðar, eigur saman við teirri byrjaðu viðgerðini at verða givið kálk og D-vitamin, saman við vevnaðarbøtandi (analísk) steroidi, t. d. durabolin. Hava vit sett okkum hesa stevnuskrá, verður tað heldur sjáldan, vit vinna stórvegis við eintáttaðari alislæknaligari viðgerð, men tíðari kunnu vit geva sjúklinginum góðan bata við innanliða spræningum við hydrocortisati og skyldum tilbúningum.

Í teimum førum, har hydrocortisat onga virkt hevur, munnu vit neyvan kunna vænta virkt, um tað so er við sterkari alislæknaligari viðgerð ella røntgengeisling. Er talan um heldur ungar sjúklingar, ella sjúklingar um miðjan aldur, verða vit ofta at taka til skurðbeinilæknalig tiltøk, so sum áður er greitt frá. Eru tað sjúklingar væl við aldur ella heilt gamlir sjúklingar, kann í ávísum hóskaði førum talan vera um samsvarandi skurðtiltøk, men tíðum tala álvarsom brek í hjartaæðralagnum ímóti skurði. Hjá tilíku sjúklingum gevast ofta grundir til langrøkjuta viðgerð við butazolidin, tá ið oman fyri nevndu atgerðir eru framdar.

At enda má nevast, at grundir aldri gevast fyri at viðgera sjúklingin við ACTH ella hormonum úr hjánýrabörkinum.

SUMMARY

In this paper is given a thoroughgoing description of the degenerative diseases of the joints and spine, and new points of view are put forward with special references to the etiology.

The pathological-anatomical changes are described, and a brief survey of the symptoms is given.

The treatment (physical, medical, and surgical) of these diseases is described and discussed, the greatest importance being attached to the description of intraarticular injections of hydrocortone, with full references to articles by Hollander, Howard, Stevenson, Duff, Egilius, and others. The technical skill and the dosage of hydrocortone are thoroughly described, and the importance of sufficient doses is emphasized (large joints 125 mg, smaller joints 62½ mg).

78 patients casually picked out of a greater number treated in the medical department, the county hospital Næstved, Denmark, from 1954 to 1959, are critically reviewed. In tables the author gives a survey of the group of patients in question with regard to age, sex, dosage, and result of treatment.

The paper is finished with a detailed discussion about the degenerative diseases in joints and spine, and the author puts forward lines for treatment prophylactically and therapeutically, and reflexions on other diseases in joints and bones are put forward, and newer serological tests are mentioned.

Finally it emphasizes the hazard in treating these diseases with cortisone and other steroids.

BÓKMENTIR

1. *Bøje, O.*: Fysiurgi, Munksgaard, København, 1958.
2. *Duff, I.F. et al.*: Intra-articular Hydrocortisone i rheumatoid arthritis. Med. Clin. North Amerika, 39: 413-437, 1955.
3. *Egelius, N. et al.*: Behandling af ledaffectioner med Hydrocortison. Svenska läk. sällsk. förhandl. 50: 677, 1953.

4. *Fischer, F. og Sprechler, M.*: Binyrebarkhormoner, Terapi, serie 2, nr. 2, Løvens Kemiske Fabrik, København, 1958.
5. *Henriksen, E. og Nyfos, L.*: Om Behandling af ledlidelser med Hydrocortison i. art., Ugeskrf. f. L., 115: 1763, 1953.
6. *Hollander, J. L.*: Intra-articular Hydrocortisone in Arthritis and Allied Conditions. J. Bone & Joint Surg., 35-A: 983, 1953.
7. *Hollander, J. L. et all.*: Hydrocortisone and Cortisone Injected into Arthritic Joints. J. A.M.A., 147: 1629, 1951.
8. *Hollander, J. L. et all.*: Intra-articular Hydrocortisone in the Management of Rheumatic Diseases. Med. Clin. N. Am., 38: 349, 1954.
9. *Howard, L. D. et all.*: The use of compound F et operative and nonoperative conditions of hand. J. Bone og Joint. Surg., 25-A: 994, 1953.
10. *Jansen, H.*: Lærebog i fysioterapi, Gyldendal, København, 1918.
11. *Jensen, B.*: Acta media Scand. vol. CLIII fasc. V 1956.
12. *Jensen, B.*: Bibliotek for Læger, 301-315, 1958.
13. *Jensen, B.*: Ugeskrf. f. L., 120: 443, 1958.
14. *Schledermann, H.*: Knæledsarthroser, Ugeskrf. f. L., 117: 51, 1955.
15. *Stevenson, C. R. et all.*: Intra-articular Hydrocortisone Acetate Ann. Rheumat. Dis., 11: 112, 1952.
16. *Stougaard, J.*: Osteochondritis Dissecans, Ugeskrf. f. L., 122: 1391-96, 1960.
17. *Sury, B.*: Behandling af skulderlidelser med Hydrocortone peri-articulært, Ugeskrf. f. L., 116: 1016, 1954.
18. *Walther, K.*: Fysiurgi, medicinske specialer i lægepraksis, 10-3, 5-61, 19.
19. *Zachariae, L.*: Hydrocortisons lokale virkning på bindevæv, disputats, 1956.
20. *Zachariae, L.*: Hydrocortison anvendt intraarticulært ved arthroser, Nordisk medicin, 51: 479, 1954.