



Eugeniusz Józef Kucharz

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Immunologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Z historii reumatologii. Leczenie chorób reumatycznych osiemdziesiąt pięć lat temu

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Kucharz E.J. History of rheumatology. Management of rheumatic disorders eighty-five year ago. *Rheumatol. Forum* 2022; 8(4): 191–194.
Należy cytować wersję pierwotną.

W latach 1928–1938 odbywał się w Ciechocinku coroczny **Lekarski Kurs Wakacyjny** będący jedną z najważniejszych imprez szkolenia podyplomowego polskich lekarzy. W ciągu trzech dni wykłady prezentowali najwybitniejsi polscy lekarze okresu międzywojennego, a kurs był znaczącą i prestiżową imprezą doskonalenia zawodowego. Wykłady z poszczególnych kursów ukazywały się drukiem jako odrębne tomy, dotyczące każdego kursu, a egzemplarze tych, dzisiaj trudno dostępnych, wydawnictw zachowały się w zbiorach Biblioteki Narodowej w Warszawie.

Niedawno, dzięki życzliwości zasłużonego i znanego historyka medycyny p. dr n. med. Krzysztofa Brożka otrzymałem egzemplarz książki noszącej tytuł „**Pamiętnik X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz ze Zjazdem Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gościa**” [1]. Liczący 406 stron tom jest wydawnictwem po trosze jubileuszowym, bo wydanym z okazji dziesiątego kursu zorganizowanego w dniach 3–5 września 1937 roku w Ciechocinku Cieplicach (ryc. 1). Oprócz wygłoszonych wykładów i przemówień z uroczystości otwarcia kursu wymieniony tom zawiera szczegółowe zestawienie programów wszystkich poprzednich kursów z lat 1928–1936, a także, co dzisiaj może dziwić, listę wszystkich uczestników kursu z ich pełnymi adresami. Analizując tematykę wykładów pierwszych dziesięciu kursów, można wykazać, że problematyka diagnostyki i terapii chorób narządu ruchu była szeroko reprezentowana, praktycznie na każdym kursie. Wskazuje to na wysoką pozycję reumatologii w medycznym szkoleniu podyplomowym. Na-

leży przy tym pamiętać, że wtedy reumatologia liczyła zaledwie kilka dekad istnienia jako samodzielna specjalizacja szczegółowa [2].

W ostatnim dniu X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego odbył się Zjazd Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gościa, podczas którego Eleonora Reicher wygłosiła wykład dotyczący terapii chorób reumatycznych. Z programu wiadomo, że wykład trwał 45 minut. Dzieli nas



Rycina 1. Karta tytułowa zbioru wykładów z X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku Cieplicy w 1937 r. (ze zbiorów Eugeniusza J. Kucharza)

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med.
Eugeniusz J. Kucharz
Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych, Reumatologii
i Immunologii Klinicznej,
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
ul. Ziółowa 45/47, 40–635 Katowice
e-mail: ejkucharz@poczta.onet.pl



Rycina 2. Pierwsza strona wykładu Eleonory Reicher (ze zbiorów Eugeniusza J. Kucharza)

85 lat od jego wygłoszenia, a dostęp do unikalnego oryginału publikacji stał się okazją do przedstawienia strategii terapeutycznych stosowanych przed prawie wiekiem.

Wykład nosił tytuł „Podstawowe zasady leczenia cieprien stawowych” (ryc. 2). Jego treść, jak można się domyślać, rozbudowana w formie wyczerpującego materiału szkoleniowego, zawarta jest na 45 stronach druku. Nazwisko autorki Eleonory Reicher (1884–1973), będącej w tym czasie docentem Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie, jest gwarantem przedstawienia najważniejszych i ówczesnie bardzo aktualnych informacji dotyczących zagadnień zawartych w tytule wykładu [3–6].

Wykład ma charakter monograficzny i jest w pewnym sensie „małym podręcznikiem”. Na wstępie autorka wskazuje na słabe poznanie, a właściwie całkowitą nieznaną, złożonej etiologii chorób reumatycznych. Podkreśla, że dolegliwości, zmiany stawowe są jedynie reakcją narządu ruchu na choroby ogólnoustrojowe, dzisiaj nazwalibyśmy je układowymi. Ten fragment wykładu jest ciągle aktualny i przypomina nam, iż mimo niewątpliwego postępu terapii i diagnostyki, przyczyny rozwoju większości chorób reumatycznych pozostają nieznanne. Warto przytoczyć, co na ten temat pi-

sze w 1937 roku Eleonora Reicher: „Choroba stawów w większości przypadków jest jedynie odczynem ustroju na bodziec chorobotwórczy dotyczący całego organizmu, odczyn zaś stawowy zależny jest tylko od natury bodźca, mającego charakter bądź zakaźny, bądź zależny od zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, bądź spowodowany zmianami mechanicznymi obciążenia lub ustawienia stawów, ale w znacznej mierze wpływają nań i wrodzone właściwości samego ustroju, jego konstytucja, jego odporność w stosunku do zużycia materiału stawowego, objawiającego się stale i nieuchronnie, i zmiennych w zależności od biologicznych właściwości różnych okresów życia”.

W dalszej części wprowadzającej wykładu omówiono główne kierunki i metody terapeutyczne. Z ogólnych zaleceń należy wymienić odpoczynek i leżenie w łóżku, rekomendowane w ostrych stanach chorobowych. Kolejne rodzaje zaleceń to dobór właściwej diety oraz stosowanie metod farmakologicznych. Należy do nich stosowanie salicylanu sodowego, aminofenazonu znanego jako piramidon, aspiryny, czyli kwasu acetylosalicylowego i fenazy, czyli antypiryny. W dalszej części opisane jest stosowanie soli złota i kolchicyny. Kolejny element terapii to leczenie bodźcowe, polegające na wstrzykiwaniu, najczęściej, mleka. Do tej terapii zalicza się też tak zwaną autohemoterapię czyli podawanie domięśniowe własnej krwi chorego. Wspomniane metody są jednak zalecane raczej w przewlekłych chorobach reumatycznych. Nie można zapominać o potrzebie usuwania ognisk zapalnych (przede wszystkim w migdałkach) oraz o leczeniu miejscowym (ciepło, okłady, maści zawierające salicylany).

Należy przypomnieć, że wykład Eleonory Reicher powstał, kiedy nieznanne było leczenie przeciwbakteryjne, z wyjątkiem arsenu, czyli salwarsanu wykrytego w 1909 roku przez Paula Ehrlicha (1854–1915) i Sahachiro Hata (1873–1938) a stosowanego w leczeniu kły i śpiączki afrykańskiej. Działanie przeciwbakteryjne pierwszego sulfonamidu – prontosilu opisał w badaniach doświadczalnych w 1935 roku Gerhard Domagk (1895–1964), a lek wprowadzono do praktyki nieco później. Podobnie, kilka lat później do lecznictwa wprowadzono pierwszy antybiotyk – penicylinę. Pierwszy glikokortykosteroid zastosowano terapeutycznie na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku [7].

Współczesnego reumatologa zaskakują **bardzo duże dawki salicylanu sodowego**. Eleonora Reicher uważa ten lek za najważniejszy

w farmakoterapii chorób reumatycznych. Zalecana dawka u dorosłych wynosiła przeciętnie 10 g dziennie, z możliwością zwiększenia dawki do 15 g na dzień. Salicylan sodowy zalecano podawać z dwuwęglanem wapniowym, aby alkalizując treść żołądkową, hamować drażniące działanie salicylanu. Wskazane jest wymuszanie diurezy spożywaniem większych ilości płynów. Taka terapia powinna być kontynuowana dość długo i nie należy jej nagle odstawiać. Przy opisie przypuszczalnego mechanizmu działania salicylanu sodowego sugerowane jego działanie hamujące wytwarzanie przeciwciał i tym samym zmniejszanie reakcji odpornościowej. Jest to więc działanie, które dzisiaj nazwalibyśmy immunosupresyjnym. Istotne jednak jest przypisywanie większości reumatycznych chorób zapalnych mechanizmu nadmiernej lub nieprawidłowej reaktywności immunologicznej, co można interpretować jako dawny opis autoimmunizacji.

Co ciekawe, Eleonora Reicher mniej uwagi przypisuje aspirynie, czyli kwasowi acetylosalicylowemu, niż salicylanowi sodowemu. Przy okazji należy przypomnieć, że aspiryna została wprowadzona do leczenia jako substancja lepiej tolerowana niż kwas salicylowy. W 1897 roku Felix Hoffmann (1868–1946) pracujący pod kierunkiem Ernsta Arthura Eichengrüna (1867–1949) w firmie Bayer zastosowali kwas acetylosalicylowy jako lek. W szkicach historycznych pojawia się opowieść, iż ojciec Felixa Hoffmanna zażywał kwas salicylowy, którego nie tolerował – miał krwotoki z żołądka i prosił syna, aby opracował mu „mniej drażniący” salicylan. Tak wprowadzona aspiryna do dzisiaj jest jednym z najczęściej stosowanych leków.

Z innych leków zalecanych w wykładzie należy wymienić przeciwgorączkowe i przeciwbólowe. Należy do nich aminofenazon znany jako piramidon. Jest to substancja zsyntetyzowana przez Friedricha Stolza (1860–1936) i Ludwiga Knorra (1859–1921) w 1893 roku, a w 1897 roku wprowadzona do leczenia przez firmę Hoechst AG. Ze względu na toksyczność lek ten nie jest już stosowany, a został zastąpiony przez propyfenon znany jako lek pabialgina. Obecnie oba leki wyparł paracetamol. Antypiryna to fenazon – substancja o działaniach przeciwbólowym, przeciwgorączkowym i przeciwzapalnym. Niestosowany obecnie lek znany był pod nazwą analgezyna.

Zasadniczą część wykładu stanowi przegląd zaleceń terapeutycznych w poszczególnych chorobach. Tą część wykładu należy

czytać mając świadomość innej klasyfikacji i terminologii chorób reumatycznych stosowanej w latach trzydziestych XX wieku.

W Polsce, dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Zwalczenia Gośćca opracowano w 1933 roku klasyfikację chorób reumatycznych [2]. Wyróżnia ona osiem grup chorób. Pierwsza grupa to: *polyarthritis infectiosa acuta*, czyli ostre zapalenia stawów wywołane przez czynniki zakaźne. W tej grupie znajduje się ostre i podostre zapalenie reumatyczne stawów (*polyarthritis rheumatica acuta et subacuta*), czyli gorączka reumatyczna oraz nie-reumatyczne ostre i podostre zapalenie stawów (*polyarthritis non rheumatica acuta et subacuta*), czyli zapalenie stawów rzeżączkowe, gruźlicze, kiłowe, durowe, błonicze i inne. Druga grupa to *polyarthritis infectiosa chronica*. W tej grupie występują podobne choroby jak w grupie pierwszej, ale o przebiegu przewlekłym.

Trzecia grupa to *polyarthritus chronica primaria*, czyli pierwotne przewlekłe zapalenie stawów. Jak można przypuszczać, dotyczyło to reumatoidalnego zapalenia stawów, czyli gośćca przewlekłego postępującego.

Czwarta grupa to zapalenia wielostawowe wywołane przez czynniki niezakaźne (*polyarthritis non infectiosa*). W tej grupie mieściło się wiele chorób, między innymi pourazowe zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów pierwotna i wtórna (*arthroso-arthritis metabolica, endocrinologica, et osteoarthritis*) a także *spodylosis*. Wymieniona grupa jest stosunkowo trudna do „przełożenia” na współczesną terminologię chorób reumatycznych. Występują w tej grupie i choroby o wyraźnych przyczynach: mechanicznej, metabolicznej (dna moczanowa), ale także spondyloarthropatie zapalne i trudne do współczesnego zdefiniowania choroby jak *arthroso-arthritis climacterica*.

Ostatnie grupy chorób reumatycznych w klasyfikacji z 1933 roku to reumatyzm mięśniowy, neuralgie, choroby ścięgien, powięzi i kaletek oraz choroby innych organów z dolegliwościami stawowymi.

Nie jest celem pracy szczegółowe omawianie terapii zalecanej w poszczególnych chorobach. Zasygnalizuję jedynie kilka, wydających się ciekawymi fragmentów. W wykładzie omówiono diagnostykę różnicową ostrego gośćca reumatycznego i ostrego gośćca gruźliczego. Wskazuje ona jednoznacznie, że pod nazwą „ostry gościec reumatyczny” kryje się gorączka reumatyczna.

O reumatoidalnym zapaleniu stawów, czyli gośćcu pierwotnie przewlekłym Eleono-

ra Reicher pisze, iż „jest to jedno z najcięższych, najporczywszych cierpień stawowych i jest jednym z najtrudniejszych zadań dla terapeuty”. W leczeniu zaleca eliminację ognisk zakaźnych, leki przeciwgorączkowe, a przede wszystkim salicylany. Wskazuje na potrzebę podawania preparatów wapnia i witaminy D. Uzupełnia to leczenie dietetyczne i bodźcowe. W tym ostatnim wymienione są preparaty pochodzenia zwierzęcego, obecnie nieznane takie jak yatrenkazeina, yochinolkazeina i inne. Były to mieszkanki zabitych bakterii i preparatów wyizolowanych z mleka. Autorka pisze o działaniu soli złota, przede wszystkim solganalu (autothioglukoza), przestrzegając przed możliwymi działaniami niepożądanymi. Nie pomija leczenia balneologicznego (preparatami siarki).

Analizując terapię chorób reumatycznych sprzed 85 lat, widzimy, jak wiele nowych grup leków istotnie zwiększyło skuteczność leczenia i jak bardzo zmieniła się częstość występowania poszczególnych chorób. Dotyczy to przede wszystkim chorób infekcyjnych. Gruźlicę stawów spotyka się w praktyce klinicznej niezwykle rzadko. Prawie się już nie pamięta o reaktywnym zapaleniu stawów w gruźlicy, czyli chorobie Ponceta. Kiła i rzeżączka poddają się leczeniu przeciwbakteryjnemu. W przewlekłych chorobach stawów nieinfekcyjnych dysponujemy grupą leków modyfikujących przebieg choroby, znacznie większą niż sole złota. Leki pozwalają znacznie zmniejszyć rozwój uszkodzeń strukturalnych narządu ruchu. Trzeba jednak pamiętać, że na 200–250 jednostek chorobowych obecnie zaliczanych do chorób reumatycznych etiologia znana jest tylko w przypadku chorób infekcyjnych i rzadkich chorób uwarunkowanych pojedynczymi defektami genetycznymi wywołującymi określone zaburzenia metaboliczne. Etiopatogeneza całej dużej grupy przewlekłych chorób uszkadzających stawy w dalszym ciągu nie jest poznana. Można więc powiedzieć, że postęp lecznictwa dokonał się „okrężną drogą” bez znajomości przyczyny chorób, a leki stosowane „są nie oddziałującymi na przyczynę, lecz dobrze wycelowanymi lekami przeciwwzapalnymi”.

Czytając klasyfikacje chorób reumatycznych z 1933 roku, nie znajdujemy chorób określanych współcześnie jako układowe choroby tkanki łącznej, poza reumatoidalnym zapaleniem stawów. Można podejrzewać, że w ostatniej (VIII) grupie chorób związanych ze zmianami narządowymi mogły się znaleźć niektóre przypadki tocznia rumieniowatego układowego, bowiem oryginalna klasyfikacja mówi o zajęciu stawów w przypadkach zapalenia błon surowiczych [8]. Należy jednak pamiętać, że dopiero w 1942 roku Paul Klemperer (1887–1964) i współpracownicy zaproponowali termin „choroby kolagenowe” zastąpiony w 1983 roku przez nazwę układowe choroby tkanki łącznej [9]. Wydaje się, że poza reumatoidalnym zapaleniem stawów, pozostałe choroby z tej grupy były raczej domeną interny, a nie reumatologii. Z treści wykładu wynika, że ówczesna reumatologia przykładała wiele więcej uwagi zaburzeniom hormonalnym związanym z chorobami narządu ruchu niż ma to miejsce współcześnie. Brakuje też w opisanej klasyfikacji i terapii chorób reumatycznych chorób dotyczących kości.

Omówienie wykładu Eleonory Reicher jest ciekawostką, z jednej strony pokazującą, jak wiele się zmieniło w terapii reumatologicznej i medycynie jako całości, a z drugiej uczącą pokory. Można przypuszczać, że współczesne publikacje i podręczniki, czytane w 2107 roku, czyli za osiemdziesiąt pięć lat będą odbierane jako coś bardzo odmiennego i odległego od możliwości jakimi będzie dysponował lekarz przyszłości. I jeszcze jedna refleksja z lektury wykładów Wakacyjnego Kursu Lekarskiego. Wyraźnie widać, że reumatologia w 1937 roku była w Polsce uważana za znaczącą i jedną z wiodących specjalności lekarskich. Dzisiaj często mamy odmienne odczucia o odbiorze społecznym naszej specjalności, mimo że, tak jak wtedy, choroby narządu ruchu są częste i znaczące dla zdrowia społeczeństwa.

KONFLIKT INTERESÓW

Nie zgłoszono.

1. Pamiętnik X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego 1937 r. [Proceedings of the 10th Summer Medical Course] Nakładem Komitetu Organizacyjnego Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku. Ciechocinek Cieplica, 1938.
2. Kucharz E.J. Beginning of the Polish rheumatology. In: Kucharz E.J. ed. Proceedings of the First Polish Congress on

Investigation and Management of Rheumatism, Inowrocław 1930. Reprint of the original edition. Polish Society for Rheumatology, Katowice 2017: 17–163.

3. Szejewski-Bar B, Kucharz E.J. Życie i działalność profesor Eleonory Reicher (1884–1973) [Life and achievements of Eleonora Reicher 1884–1973]. Ann Acad Med Siles. 1996; 31: 237–243.

Piśmiennictwo

4. Sadowska-Wróblewska M. Prof. dr med. Eleonora Reicher [Obituary]. *Reumatologia*. 1973; 11: 201–203.
5. Maślińska M. She started everything: tribute to Professor Eleonora Reicher on the 60th anniversary of the Institute of Rheumatology. *Reumatologia*. 2011; 49: 315–320.
6. Kucharz EJ. Eleonora Reicher: a pioneer of European rheumatology. *Ann Rheum Dis*. 2022; 81(7): 922–924, doi: [10.1136/annrheumdis-2022-222567](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-222567), indexed in PubMed: [35477519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35477519/).
7. Kucharz EJ. Zmieniające się oblicza reumatologii [Changing aspects of rheumatology]. In: Zimmermann-Górska I. ed. *Reumatologdy. Opowieści w kularach*. Medisfera, Otwock 2014: 101–132.
8. Kucharz EJ. Toczeń rumieniowaty układowy – historia choroby [Systemic lupus erythematosus, a history of the disease]. In: Majdan M. ed. *Toczeń rumieniowaty układowy*. Termedia, Poznań 2015: 9–22.
9. Kucharz EJ. Przemoczna siła przyzwyczajenia [Overwhelming force of the custom]. *Pro Medico*. 2013; 201: 24.