

Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade texten kan innehålla fel och därför bör man visuellt jämföra med verkets bilder för att avgöra vad som är riktigt.

This work has been digitized at Gothenburg University Library.
All printed texts have been OCR-processed and converted to machine readable text. This means that you can search and copy text from the document. Some early printed books are hard to OCR-process correctly and the text may contain errors, so one should always visually compare it with the images to determine what is correct.



*År 1892
Göteborgs Sällgärda
Sjukhuset*



ÅRSBERÄTTELSE

N:o 2.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG



FÖR ÅR 1892,

UTGIFVEN AF

Dr A. Lindh,

Öfverläkare vid Sjukhusets Kirurgiska afdelning.

GÖTEBORG,
MEYER & RÖSTER'S BOKTRYCKERI,
1893.





Biomedicinska biblioteket

PERIODIKA

ÅRSBERÄTTELSE

N:o 2.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1892,

UTGIFVEN AF

Dr A. Lindh,

Öfverläkare vid Sjukhusets Kirurgiska afdelning.



GÖTEBORG,
MEYER & KÜSTER'S BOKTRYCKERI,
1893.

RESERVAATTE 32

ALMANAKEN ÖFV. SÄMMENTERNA SVENSKA

GÖTEBORGS

ÅR 1782

ÅR 1782

ÅR 1782



ÅR 1782



Innehåll:

		Sid.
1.	A. LINDH. Ekonomisk öfversigt	3.
2.	K. SCHILLER. Rapport öfver kirurgiska afdelningen	13.
3.	” ” polikliniska operationer	24.
4.	” ” operationer å kirurgiska afdelningen	30.
5.	” ” affidna å d:o	40.
6.	A. LINDH. 4 fall af operation för perityflit	1.
7.	” Ett fall af echinococcus hepatis	5.
8.	” Gastrostomi för strictura oesophagi + cancer ventriculi	9.
9.	” Kirurgisk kasuistik från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	10.
10.	” Ileus-kasuistik från Sahlgrenska sjukhusets i Göteborg kirurgiska afdelning under tioårsperioden 1882—1891	21.
11.	” Recidiverande inflammation i blindtarmsutskottet; exstirpation af processus vermiformis under det fria stadiet	47.
12.	R. LUNDMARK. Ett fall af neurotomi på tredje trigeminusgrenen vid foramen ovale	53.
13.	A. LINDH. Operationer för magkräfta, utförda å Sahlgrenska sjukhuset	62.
14.	O. FÖRSSELL. Några anteckningar om s. k. Nässvalgpolyper	69.
15.	A. LINDH. Nefrektomi för hydronefros	82.
16.	” Extirpatio uteri sacralis	85.
17.	H. KÖSTER. Rapport öfver medicinska afdelningen	1.
18.	O. TIRÉN. ” konvalescentafdelningen å Göteborg	15.
19.	H. KÖSTER. Öfversigt öfver dödsorsakerna och anmärkningsvärda sjukdomsfall å Sahlgrenska sjukhusets medicinska afdelning samt öfver de vid sektionerna 1892 funna förändringarne	21.
20.	” Primärt lungsarkom	1.
21.	” Ett fall af Hæmoglobinuria paroxysmalis	6.
22.	” Ett fall af primär pharynx-tuberkulos	14.
23.	” Primär (?) duodenalcancer	18.
24.	” Ett fall af noma hos 44-årig qvinna	26.
25.	” Ett fall af symmetrisk gangrän	33.
26.	” Om Euphorin	37.
27.	” Ett fall af cerebral pseudo-bulbärparalys	47.
28.	” Ett fall af lefvercirrhos med akut peritonealtuberkulos	59.
29.	” Lumbalpunktion i ett fall af hydrocephalis	68.
30.	” Ileus och perforationsperitonit på grund af en inkarcererad brandig hernia perinealis	75.
31.	” Ett fall af tuberkulös mediastino-pericarditis	80.
32.	O. TIRÉN. Ett fall af kronisk ikterus	91.

innehåll

1	1. Inledning	1
2	2. Om författaren	2
3	3. Om ämnet	3
4	4. Om följande	4
5	5. Om följande	5
6	6. Om följande	6
7	7. Om följande	7
8	8. Om följande	8
9	9. Om följande	9
10	10. Om följande	10
11	11. Om följande	11
12	12. Om följande	12
13	13. Om följande	13
14	14. Om följande	14
15	15. Om följande	15
16	16. Om följande	16
17	17. Om följande	17
18	18. Om följande	18
19	19. Om följande	19
20	20. Om följande	20
21	21. Om följande	21
22	22. Om följande	22
23	23. Om följande	23
24	24. Om följande	24
25	25. Om följande	25
26	26. Om följande	26
27	27. Om följande	27
28	28. Om följande	28
29	29. Om följande	29
30	30. Om följande	30
31	31. Om följande	31

Ekonomisk öfversigt för år 1892

af Dr A. LINDH.

År 1891.

Mom. 1.

Sammanlagda antalet sjuke, som året 1892 *) varit vårdade på detta sjukhus, utgjorde:

Qvarliggande från år 1891 på sjukhusets båda afdelningar	187.	
Intagne under år 1892 på d:o	<u>2,164.</u>	
Summa	2,351.	. . . . 2,122.

På Medicinska afdelningen:

Qvarliggande från år 1891	90.	
Intagne under året	<u>1,100.</u>	1,190. . . . 1,011.

På Kirurgiska afdelningen:

Qvarliggande från år 1891	97.	
Intagne under året	<u>1,064.</u>	1,161. . . . 1,111.
Summa	2,351.	. . . . 2,122.

Mom. 2.

Under året *utskrefvos* från sjukhuset såsom friske, förbättrade eller oförbättrade:

Från Medicinska afdelningen	989.	
„ Kirurgiska d:o	<u>1,038.</u>	2,027. . . . 1,795.

Mom. 3.

Under året utskrefvos *döde*:

På Medicinska afdelningen	112.	
„ Kirurgiska d:o	<u>43,</u>	155. . . . 140.

Dödlighetsprocenten var således:

På Medicinska afdelningen	9,41.	
„ Kirurgiska d:o	3,70.	
och på sjukhuset i sin helhet.	6,59.	

Mom. 4.

Qvarliggande till 1893:

På Medicinska afdelningen	89.	
„ Kirurgiska d:o	<u>80.</u>	169. . . . 187.
Summa	2,351.	. . . . 2,122.

*) Under året tillgängliga sjuksängar funnos 100 på den medicinska och 125 på den kirurgiska afdelningen, eller inalles 225 stycken.

År 1891.

Mom. 5.*Underhållsdagarnes* antal var:

På Medicinska afdelningen	29,090.	..	25,542.
„ Kirurgiska d:o	31,747.	..	32,541.
	<u>Summa</u> 60,837.	..	<u>58,083.</u>

Mom. 6.

Medeltalet vårdade för hvarje dag, eller det antal sjuksängar, som i medeltal varit dagligen upptagne, utgjorde:

För Medicinska afdelningen	79,48.	..	69,97
„ Kirurgiska ”	86,74.	..	89,15
	<u>Summa</u> 166,22.	..	<u>159,12.</u>

Mom. 7.

Medeltalet underhållsdagar för hvarje sjuk utgjorde:

På Medicinska afdelningen	24,44.	..	25,26.
„ Kirurgiska d:o	27,34.	..	29,28.

Mom. 8.

Från sjukhusets öppnande i Mars månad år 1782 till den 1 Januari 1893 uppgår antalet af vårdade sjuke till 91,653.

Mom. 9.

Med afseende på de *olika vilkoren* för de sjukas vård har förhållandet varit följande:

Betalande i <i>privata</i> rum			
å kronor 5,00 om dagen	46.	.....	42.
å ” 4,00 ”	63.	.....	57.
å ” 3,00 ”	0.	109.	<u>7.</u> 106.

Betalande i <i>allmänna sjuksalarne</i>			
å kronor 2,00 om dagen	250.	.....	232.
å ” 1,50 ”	0.	.....	6.
å ” 0,75 ”	461.	711.	<u>464.</u> 702.

Antalet betalände sjuke har således utgjort 820. 808.

År 1891.

På *frinummer* vårdades:

Fattiga sjuka från stadens förs.	1,496.	1,292.
D:o „ främmande „	50.	49.
Å Silfverhjelmiska frisängen	2.	2.
„ Rönnowska d:o	0.	0.
S:ma S:rum	2,368.	2,151.

(Skillnaden i slutsiffran 2,368 här och 2,351 i mom. 1 beror derpå, att 17 sjuke måst uppföras under 2 olika betalningsklasser, eller som både betalande och frinummer).

Mom. 10.Antalet *underhållsdagar* har utgjort:

För <i>betalande patienter</i>	16,604.	17,666.
„ <i>gratis d:o</i>	44,233.	40,417.
Summa	60,837.	58,083.

Mom. 11.

Af årets patienter tillhörde:

Göteborgs Domkyrkoförsamling	615.	527.
„ Christinæ „	192.	173.
„ Garnisons „	1.	3.
„ Hospitals & Gamlestadsförsamling	91.	109.
„ Carl Johans församling	232.	185.
„ Haga „	379.	322.
„ Masthuggets „	483.	452.
„ Mosaiska „	4.	5.
Främmande församlingar inom riket	352.	355.
Utländingar	19.	20.
Summa	2,368.	2,151.

Mom. 12.*Betalande sjukas afgifter* hafva utgjort:

För de privata sjukrummen	Kronor 9,278,—	8,639,—
„ „ allmänna „	16,765,—	17,805,75.
Summa Kronor	26,043,—	26,444,75.

Till Kassa-Direktören hafva blifvit aflemnade
Kronor 25,522.

Mom. 13.

Summan af årets utgifter för den egentliga sjukvården belöper sig till Kronor 102,870,24. 105,074,68.

Mom. 14.

Egentliga kostnaden för hvarje sjuk pr dag har sålunda utgjort Kronor 1,69. 1,80,9.

Mom. 15.

Kostnaden för hvarje sjuk i medeltal . Kronor 43,75. 49,44.

Mom. 16.

Om utgiftssumman, Kr. 102,870,24, divideras med medeltalet sjuksängar, som dagligen varit upptagne, eller 166,22, blir *medelkostnaden för hvarje under hela året underhållen sjuksäng* Kronor 618,88. 660,34.

Mom. 17.

Utgifterna för de *sjukes utspisning* hafva utgjort:
 För sjukhuskökets mat Kronor 24,343,94. 30,615,07.
 „ middagsmat hämtad å värdshus „ 633,55.
 Summa Kronor 24,343,94. 31,248,62.

Mom. 18.

Tjenstepersonalens utspisning har kostat
 Kronor 8,259,17. 8,585,77.

Mom. 19.

Utgiftssumman för de *sjukes utspisning*, fördelad på antalet underhållsdagar, utvisar för hvarje sjuk en *daglig medelkostnad för maten af* öre 40,01. 53,79.

Mom. 20.

Medikamentskostnaden har uppgått
 för medicinska afdelningen till Kr. 5,728,12. 5,162,50.
 „ kirurgiska „ „ „ 2,673,19. 2,774,55.
 sammanlagdt för båda afdeln. „ 8,401,31. 7,937,05.

År 1891.

Mom. 21.

Medikamentskostnaden, fördelad på hela antalet underhållsdagar, utgör *pr dag* för hvarje sjuk:

på medicinska afdelningen	öre 19,69.	20,21.
„ kirurgiska „	„ 8,42.	8,52.

Mom. 22.

Medikamentskostnaden för hvarje sjuk under hela tiden han vistats i sjukhuset, eller med andra ord: medikamentskostnaden, fördelad på antalet sjuke, utgjorde:

på medicinska afdelningen	Kronor 4,81.	5,10.
„ kirurgiska „	„ 2,30.	2,49.

Mom. 23.

Lyshållningen har kostat:

Gas-konsumtion för hela året	Kronor 3,317,74.	2,891,54.
Fotogénolja, ljus etc.	„ 608,59.	587,25.
	<hr/>	
	Kronor 3,926,33.	3,478,79.

Mom. 24.

Eldningsämnen hafva kostat:

För stenkol 3,241 hektol., cokes 222 hektol., ved 79 fir och torf 1,270 centner	Kronor 6,827,48.	6,805,99.
---	------------------	-----------

Mom. 25.

Sjukhusets *tvätt* har kostat:

För använd såpa och aflöningar till tvättpersonalen	Kronor 3,954,48.	3,388,37.
---	------------------	-----------

Mom. 26.

Diverse utgifter och förbrukningsartiklar för sjukvården, såsom: senap, såpa och tvål för sjukrummen, extra sjukskötsel, vakningspenningar, kirurg. instrumenter och bandager, förband, linne, vin, öl och porter m. m. hafva uppgått till ett belopp af Kronor 8,467,23. 7,982,76.

Deraf ungefärlig kostnad för kirurg. afdeln:s poliklinik „ 3,000,—

År 1891.

Mom. 27.*Byggnadens underhåll* har för året kostat:

Kronor 4,565,46. 2,737,48.

Mom. 28.*Aflöningar* åt:

2 Öfver-Läkare	Kronor	6,000,—.	6,000,—.
2 2:dre Läkare	”	5,000,—.	5,000,—.
Kommissarien	”	3,200,—.	3,200,—.
Betjeningen, dess skatter, extra sjukvård	”	11,938,48.	11,199,27.
Predikanten	”	600,—.	600,—.
Sekreteraren	”	600,—.	600,—.
Bibliotekarien	”	300,—.	300,—.
Orgelnist	”	150,—.	150,—.
Personligt lönetillägg till Öfverläkaren Dr A. Lindh å 2,500 från 1 Juli 1885	”	2,500,—.	2,500,—.
	Kronor	30,288,48.	29,549,27.

Mom. 29.*Hushållskontot*: Renhållning, parkanläggningens underhåll, diverse utensilier för ångmaskinen etc.

upptager en summa af Kronor 5,663,77. 4,676,47.

Vattenförbrukning ” 5,369,71. 5,389,52.

Kronor 11,033,48. 10,065,99.

Mom. 30.*Förvaltningen*: tryckningskostnad, porto etc.

hafva medtagit en kostnad af Kr. 1,712,21. 1,106,59.

Mom. 31.*För uppbörden* af de åt sjukhuset anslagna frälseräntorna af donerade hemman i Halland är sjukhuset debiteradt med

Kronor 634,31. 602,22.

Mom. 32.Från inventariet äro *afskrifne* för slitna och kasserade persedlar

Kronor 8,855,11. 6,989,40.

Mom. 33.

Sjukhusets alla utgifter och inkomster året 1892, specificerade under sina särskilda titlar efter kassaförvaltarens räkenskaper, förhöllo sig som följer:

A. Utgifter för den egentliga sjukvården:

Utpisning för patienterna	Kr. 24,343,94.	
” ” tjänstepersonalen	” 8,259,17.	
Medikament	” 8,401,31.	
Lyshållning	” 3,926,33.	
Eldningsämnen	” 6,827,48.	
Tvätten	” 3,954,48.	
Renhållningen (skurning & latrinbortförning)	” 834,50.	
Diverse förbrukningsartiklar för sjukvården	” 5,467,23.	
Förvaltningen: skrifmateriel, annonser, porto m. m.	” 1,712,21.	
Aflöningar: till 4 läkare, bibliotekarie, predikant, sekreterare, kommissarie, organist, 2 öfversköterskor, betjening och extra sjukvård	” 30,288,48.	
Inventariet: afskrifning för slitning och kasserade persedlar	” 8,855,11.	102,870,24.

B. Andra Utgifter:

Ungefärlig kostnad för förband m. m. å kirurgiska polikliniken	” 3,000,—.	
Vattenförbrukningen, diverse utensilier för ångmaskinen, parkanläggningens underhåll m. m.	” 10,198,98.	
Byggnadens underhåll	” 4,565,46.	
Uppbörd af Halländska hem:s-räntorna	” 634,31.	
Pension till Enkefru Langell	” 500,—.	
D:o till f. d. Öfversköterskan Petersén	” 250,—.	
Understöd åt afl. portvakten Hanssons Enka	” 37,50.	19,186,25.
	S:ma Kronor	122,056,49.
Balans, som öfverflyttats på öfverskotts konto		1,903,99.
	S:ma S:rum Kronor	<u>123,960,48.</u>

Inkomster:

Tolagsmedel	Kronor	6,000,—
Intresse-medel: behållning af räntor	"	7,212,61.
Inkomst för betalande sjuke	25,522,—	
D:o från Fattigvården, för 1,221 sjuke och 36,618 underhållsdagar, af Lesseska fondens ränta bekommen	4,693,23.	" 30,215,23.
Ekmanska donationens afkastning	"	109,24.
Öfverskott af hyror af fastigheten vid Östra Hamngatan	"	4,798,75.
Frälseräntorna af Halländska hemmanen	"	3,624,65.
Anslag af staden	"	72,000,—
	Summa Kronor	123,960,48.

**Öfversigt af Sjukhusets ekonomiska ställning
vid slutet af år 1892.**

Debitorer.

Kassakonto: Behållning enligt kassaboken	Kr.	3,062,66.
Girokonto i Skandinaviska Kreditaktiebolaget Sjukhuset till godo	"	15,354,14.
Reverser med in-teckningssäkerhet och 4 1/2 % årlig ränta	"	122,000,—
Allmänna Hypoteksbankens 5 % obligationer från 1877 nominellt 50,000	"	49,125,—
Sjukhusets hemman i Halland	"	70,000,—
Frälseräntorna af d:o d:o	"	3,624,65.
Ekmanska donationen i Kilanda säteri	"	1,000,—
Fastigheten vid Östra Hamngatan	"	75,000,—
Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets byggnader D:o d:o d:o konvalescenthem på Göteborg	"	240,000,—
	"	512,25.
Inventariers konto	"	60,404,25.
Ved och kolkontos behållning vid årets slut (6 fr ved, 1,691 hektol. stenkol, 8 hektol. cokes, 50 ctr torf)	"	2,110,—
Fem aktier i Kampenhofs spinneribolag i Uddevalla, värderade till inalles *)	"	6,000,—
En Svenska statens järnvägsobligation N:o 104,408	"	33,75.
	Summa Kr.	648,226,70.

*) Dessa aktier tillhöra Jacobsenska donationen — se nedan! — och få icke afyttras.

Kreditorer.

<i>Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto</i>	Kr. 240,000,—.
<i>Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto</i>	” 282,122,59.
Westringska donatione: N:o 1	” 12,650,—.
” ” 2	” 17,754,53.
” ” 3	” 1,045,—.
Donationer till Allm. och Sahlgr. sjukhuset af E. C. Thomée Kr. 15,000, W:m Gibson med fru 10,000, Axel Borgenström 8,112,39	” 33,112,39.
Doktorerna J. J. Ekmans och F. Langs donationer	” 5,242,29.
Fru Albertina Dorotea Jacobsens donation	” 29,600,82.
Afkastning i räntor etc. af samma donation	” 1,060,52.
(Af donationens afkastning skall $\frac{1}{3}$:del utgå till donators syster, så länge hon lefver).	
Conto pro Diverse (obetalta räkningar)	” 7,293,26.
Öfverskott och Bristkonto:	
Till öfverskott, befintligt vid 1891 års slut stort	Kr. 16,441,31.
kommer öfverskottet från 1892	” 1,903,99.
öfverskottssumman blir således nu	” 18,345,30.
	<u>Summa Kr, 648,226,70.</u>

Rapport

KAPITEL

Kirurgiska afdelningen

Öfverläkare Dr A. Lindh.

Rapport

afgifven af

KARL SCHILLER.

	Qvarliggande från år 1891		Inkomme under 1892		Summa värdade		A f f ö r d e				Qvarliggande till år 1893		
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske		m.	qv.	
									frisk	qv.			förbättre- rade	m.	qv.	döde	m.	qv.
Lithiasis vesicæ	1	—	2	1	3	1	2	1	—	—	—	—	—
Retentio urine	—	—	6	1	6	1	3	1	—	—	—	—	—
Hypertrophia prostatae	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—
Stricture urethrae	2	—	9	—	11	—	11	—	—	—	—	—	—
Calculus urethrae	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Ruptura urethrae	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Hydrocele testis	—	—	6	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—
" funic. spermatic.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Spermatocèle	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Hæmatocele	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis testis	—	—	7	—	7	—	7	—	—	—	—	—	—
" urogenitalis	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—
Parametritis	—	—	—	3	3	—	3	—	1	1	—	—	—
Hæmatocolpos	—	—	1	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Metroorrhagia	—	—	2	2	4	—	4	—	—	—	—	—	—
Mastitis	—	—	6	6	12	—	12	—	1	1	—	—	—
Fistula recto-vaginalis	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Myoma uteri	1	1	—	3	4	—	4	—	—	—	—	—	2
Polypus	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Oophoritis	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Cystæ ovarii	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Cystoma ovarii	—	—	—	6	6	—	6	—	—	—	—	—	—
Cysta ovarii retroperitonealis	—	—	—	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Myrtis	—	—	1	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Bursitis	—	3	1	4	5	—	5	—	—	—	—	—	—
Ganglion	—	—	4	1	5	—	5	—	—	—	—	—	—

Rapport
 öfver operationer polikliniskt utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets
 Kirurgiska Afdelning år 1892.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Amputation af fingrar och tår	4							
" " " "	20							
" " " "	2							
" " " "	1							
" " " "	1							
" " " "	1							
Uppmejsling o. utskrapn. af ben	13							
" " " "	1							
Sequestrotomi	5							
" " " "	1							
" " " "	1							
Utskrapning af ben	11							
" " " "	4							
Trepanatio Antri Highmori	2							
Osteotomi	1							
Redressement forcé	1							
" " " "	1							
" " " "	1							
" " " "	1							
Exarticulation af fingrar o. tår	1							

Operationer å ben.

Komplicerad fraktur	4							
Vuln. ictum vel. lacerat.	20							
Necrosis	2							
Neurom	1							
Neuralgia digit.	1							
Osteomyelitis vel caries	13							
Vulnus sclopetarium	1							
Necrosis digit. post panarit.	5							
Necrosis maxillæ sup.	1							
" humeri	1							
Osteitis vel Periostitis	11							
Necrosis	4							
Catarrh. vel Hydr. antri Highm.	2							
Utbuktning af sept. narium	1							
Pes varo-equinus	1							
Snedläkt fraktur	1							
Curvatura rachitica	1							

Operation å ledgångar, senor och senskidor.

Vulnus laceratum	1							
----------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

Reamputatio.

Exarticulation af fingrar o. tår	2	Necrosis	2	—	—	—
"	2	Chondroma	2	—	—	—
Arthromi	3	Pyarthros	3	—	—	—
Ledpunktion + sköljning	1	Arthritits	1	—	—	—
Reposition af luxationer	15	Luxatio humeri	15	—	—	—
"	1	Luxatio cubiti	1	—	—	—
Sensöm och muskelsöm	18	Vulnus incisum vel serrat.	18	—	—	—
Tenotomi	2	Pes varo-equinus	2	—	—	—
"	1	Contractura tendinis	1	—	—	—
Operation för bursitis	19	Bursitis	19	—	—	—
"	10	Ganglion	10	—	—	—
"	3	Tendovaginitis	3	—	—	—
Utskräpning	1	Tendovaginitis tubercul.	1	—	—	—
Extension foreé	3	Arthritits tubercul.	3	—	—	—
"	3	Contractura genus	3	—	—	—
"	1	Contractura genus coxae	1	—	—	—

Punktion + sköljning i radi-
kaloperation.

Plastiska operationer.

Operat. å läppen	2	Labium leporinum	2	—	—	—
Transplantation	1	Combustio	1	—	—	—

Extirpation af lymfkörtlar och tumörer.

Extirpation af lymfkörtlar	5	Lymphomata	5	—	—	—
"	12	Canceroid	12	—	—	—
"	10	Cancer	10	—	—	—
"	1	Osteoma	1	—	—	—
"	6	Sarcoma	6	—	—	—
"	72	Cysta	72	—	—	—
"	8	Adenoma	8	—	—	—
"	17	Angioma	17	—	—	—
"	7	Papilloma	7	—	—	—
"	7	Fibroma	7	—	—	—
"	13	Lipoma	13	—	—	—
"	7	Granuloma	7	—	—	—

Cauterisation i 2 fall.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	ofekant.	
Exstirpation af adeno-sarkom	1	Adeno-sarcoma	1	—	—	—	—	
" " angio-sarkom	2	Angio-sarcoma	2	—	—	—	—	
" " chondro-sarkom	1	Chondro-sarcoma	1	—	—	—	—	
" " fibro-sarkom	2	Fibro-sarcoma	2	—	—	—	—	
" " cornu cutaneum	1	Cornu cutaneum	1	—	—	—	—	
" " veruca	3	Veruca	3	—	—	—	—	
" " nævus	7	Nævus	7	—	—	—	—	
" " cicatrix	1	Cicatrix	1	—	—	—	—	
" " tuberc. doloros	2	Tuberculum dolorosum	2	—	—	—	—	
Cauterisation	17	Teleangiectasia	17	—	—	—	—	
Operation för psoriasis	7	Psoriasis labii vel linguae	7	—	—	—	—	Extirp. vel. Cauteris.
" " keloid	1	Keloid	1	—	—	—	—	
" " endotelion	1	Endothelion	1	—	—	—	—	
Operationer å hufvud och hals.								
Tonsillotomi	56	Hypertrophia tonsillarum	56	—	—	—	—	
Operation för Epulis	4	Epulis	4	—	—	—	—	
" " Ranula	3	Ranula	3	—	—	—	—	
" " näspolyp	34	Polypus nasi	34	—	—	—	—	
" " adenoida veget.	32	Vegetationes adenoidæe pharyng	32	—	—	—	—	
" " Struma	1	Struma cystica	1	—	—	—	—	Punctio + injectio jodi.
Operationer å bröst och buk.								
Thoracocentes	2	Pleuritis exsudativa	2	—	—	—	—	
Thoracotomi + Resectio costæ	2	Empyema	2	—	—	—	—	

Paracentesis abdominis	1	Asцитis	1	—	—
Extirpation af bröstkörtel	1	Mastitis chronica	1	—	—

Operationer å bäcken och manliga genitalia.

Operat. af Hæmorrhoider	1	Tumores hæmorrhoidales	1	Ligatur.
Dilatation af urinröret	5	Strictura urethræ	5	—
Operation för Phimos	1	Phimos	1	—
" hydrocele testis	25	Hydrocele testis	25	—
" Spermatocèle	1	Spermatocèle testis	1	—
Dilatation forcé	11	Fissura vel contractura ani	11	Punctio + inject. acid. phenyl.
Cauterisation	3	Prolapsus recti vel ani	3	—
Operat. för Polyp. recti	1	Polypus recti	1	Ligatur.
" Paraphimos	3	Paraphimos	3	—

Ögonoperationer.

Bowmans operation	9	Dacryocyst. vel stenosis. canal. lacrym.	9	—
Stellings operation	13	Do do	13	—
Operat. för chalazion	20	Chalazion	20	—
" ptosis	2	Ptosis	2	—
" strabismus	10	Strabismus	10	—
" trichiasis	2	Trichiasis	2	—

Öronoperationer.

Operat. för polyp.	10	Polypus meatus aud. ext.	10	—
Operat.	1	Atresia meatus aud. ext.	1	—
Uppmejsl. af proc. mastoid	2	Otitis media	2	—

Öfriga operationer.

Operation	4	Abscessus tubercul.	4	—
Utskrapning	11	Lymphadenitis supp.	11	—
Utskrapning + Cauterisat.	15	Lupus	15	—

Incisio + Exococheatio i 3 fall;
Punctio + inject. jodoformii
i 1 fall.

Operationer.	Antal.	Sjukdomar.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Utskrapning + Cauterisat.	10	Tuberculosis subcutanea	10	—	—	—	—	
Utskrapning	2	Gummata syphilitica	2	—	—	—	—	
Operation	1	Cysta colli congenita	1	—	—	—	—	
"	7	Inväxt nagel	7	—	—	—	—	
"	4	Anchyloglossum	4	—	—	—	—	
"	3	Onychomycosis	3	—	—	—	—	
"	1	Fistulae tuberc.	1	—	—	—	—	
"	1	Carbunculus	1	—	—	—	—	
"	1	Hudexcrescenser i örat	1	—	—	—	—	
Bortfagn. af större främ. kroppar	12	Corpora peregrina	12	—	—	—	—	
Summa	695		695	—	—	—	—	

Antalet besökande å polikliniken har under året uppgått till 28,763 eller i medeltal 80 pr dag.

På icke ordinarie mottagningstider ha inkommit och behandlats 1,863 skadade personer.

Dessutom ha polikliniskt behandlats:

för näsblödning (tamponad)	3
,, främmande kropp i strupe	1
,, luxation af humerus	7
,, ,, tummen	1
,, fractura claviculæ	15
,, ,, colli humeri	1
,, ,, humeri (diafys)	5
,, ,, humeri (cubiti)	4
,, ,, antibrachii	5
,, ,, ulnæ	5
,, ,, radii	80
,, ,, digitorum	4
,, ,, femoris	2
,, ,, anticurvis	2
,, ,, fibulæ	2
,, paraphimosis	12
,, bräck (taxis)	3
,, spondylit (korsett)	6
,, hydrocele (punktion)	4
,, carbunculus	3
,, främmande kroppar	10

Summa 175

Å polikliniken har dessutom utförts en otalig mängd incisioner för abscesser och phlegmonor, jodoforminsprutningar i ledgångar och kalla abscesser, samt en massa mindre ingrepp, som ej så noga kunna specificeras.

Karl Schiller.

Rapport
öfver operationer utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska
Afdelnings patienter år 1892.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukas ålder		Operationens utgång					Anmärkingar.	
			under 15 år.	16-55 år.	öfver 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.		oviss.
Amputation:											
å underarm	1	Neuralgia post. amput.	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” lår	1	Osteitis femoris luetica	1	—	—	—	—	—	—	—	—
” ”	1	Gangraena	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” underben	2	Arthrotis pedis	—	1	—	1	—	—	1	—	—
” ”	1	Fractura complicata	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” ”	1	Panaritium	1	—	—	1	—	—	—	—	—
” ”	1	Vulnus sclopetarium	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” ”	2	Gangraena	—	2	—	2	—	—	—	—	—
” ”	1	Fractura complicata	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Osteotomi och upprejsning af ben	4	Exostosis	—	4	—	4	—	—	—	—	Mac Ewens operation.
” ”	1	Genu valgum	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” ”	1	Osteitis femoris	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” ”	1	Fractura complicata	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” ”	1	Fissura cranii	—	1	—	1	—	—	—	—	—
” ”	1	Genu curvatum	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Osteotomia curviformis	3	Pes varo-equinus. Congen.	3	—	—	—	—	—	3	—	—
” cuneiformis	8	Necrosis	4	3	—	1	—	—	7	—	—
Sequestrotomi	4	Pseudarthrosis	—	4	—	—	—	—	4	—	Osteotomi 1, Stålstift 3.
Operation för pseudarthros	4		—	—	—	—	—	—	—	—	—

Operationer å Ben.

Trepanation af cranium	4	Fractura complicata cranii	2	1	1	3	1	1
" " antrum Highmori	1	Abscessus cerebri	1	1	1	1	1	1
Redressement forcé	2	Empyema antri Highmori	1	1	1	1	1	1
" "	1	Snedläkt radialfraktur	1	2	1	2	1	1
Utskräpning	1	Pes equinus	1	1	1	1	1	1
" "	1	Fistula manus c. perostit.	1	1	4	1	1	1
" "	1	Osteitis femoris	2	3	1	1	1	1
" "	1	" " proc. mastoid.	1	1	1	1	1	1
" "	2	Necrosis femoris	1	1	2	2	1	1
" "	2	Osteomyelitis	1	2	2	2	1	1
" "	3	Caries costæ	2	1	3	3	1	1
" "	1	" " metatarsi	1	1	1	1	1	1
" "	2	Periostitis maxill. inf.	1	1	2	2	1	1
Resektion:								
total af öfverkäk	3	Cancer maxillæ sup.	3	3	3	3	1	1
" " partiel af öfverkåken	1	Osteoma " "	1	1	1	1	1	1
" "	1	Endothelioma cavemos	1	1	1	1	1	1
" "	1	Polypus fibrosus	1	1	1	1	1	1
Resektion af underkäk	2	Cancer maxillæ inf.	1	2	2	2	1	1
" " refben	1	Caries costæ	1	1	1	1	1	1
" " coccyx	1	Coccygodynia	1	1	1	1	1	1
Exarticulation i tå- och fingerleder								
" "	1	Gangrena	1	1	1	1	1	1
" "	1	Enchondroma	1	1	1	1	1	1
" "	1	Atrophia dolorosa	1	1	1	1	1	1
" "	1	Necrosis	1	1	1	1	1	1
" "	1	Tuberculosis	1	1	1	1	1	1
" "	1	Osteoma hallucis	1	1	1	1	1	1
" "	1	Arthrititis	1	1	1	1	1	1
" "	1	Myxosarcoma	1	1	1	1	1	1

Operationer å ledgångar, senor och senskådor.

Pirogoff-Günthers operation.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder			Operationens utgång.					Anmärkningar.	
			under 15 år.	16-55 år.	öfver 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.		
Resektion el. arthrectomi: i handled	2	Arthritis manus	2	—	—	2	—	—	—	—	—	
i höftled	4	Coxitis tuberculosa	2	2	—	1	1	—	2	—	—	
i knäled	4	Arthritis genus	—	4	—	4	—	—	—	—	—	
i fotled	1	" pedis	1	—	—	1	—	—	—	—	—	
Utskrapning: af armbågsled	1	Abscessus periaricul.	1	—	—	—	1	—	—	—	—	
" höftled	1	Fistula tuberc. coxae	1	—	—	—	1	—	—	—	—	
" knäled	1	Coxitis	1	—	—	—	1	—	—	—	—	
" "	1	Fistula genus	—	1	—	—	1	—	—	—	—	
" "	2	Tuberculosis genus	—	2	—	—	2	—	—	—	—	
" "	4	Pyarthros genus	1	3	—	—	4	—	—	—	—	
Arthrotomia	8	Vulnus incis. v. serrat.	—	8	—	—	8	—	—	—	—	
Sensöm	3	Pes varo-equin paral. v. cong.	2	1	—	—	3	—	—	—	—	
Tenotomi	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Subcutan genomskärning at fascia plant.	1	Pes varus paralyt.	1	1	—	—	1	—	—	—	—	
Operation	1	Contractura digit	1	—	—	—	1	—	—	—	—	
Radikaloperation	8	Bursitis	1	6	1	8	—	—	—	—	—	
Punktion + injektion	6	Synovitis chroni.	1	5	—	6	—	—	—	—	—	
Exstirpation	1	Ganglion	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
Extension forcé	2	Contractura coxae	1	1	—	2	—	—	—	—	—	
" "	4	" genus	3	1	—	4	—	—	—	—	—	
" "	2	Luxatio coxae	1	1	—	2	—	—	—	—	—	
" "	1	" " humeri	1	—	—	1	—	—	—	—	—	

Operationer å kärl- och nervsystemet.

Neurotomi	1	Neuralgia nervi trigem.	1	1	—	—	—	—	Neurotomi vid foramen ovale
Nervsöm + ligatur på art radialis	2	Vulnus incis. antibrach.	—	2	—	—	—	—	
Exstirpation	1	Varices	—	1	—	—	—	—	

Plastiska operationer.

Harläppoperation	3	Harläpp	3	—	—	—	—	—	3
Transplantation	1	Defect. cutis postext. cancer	—	1	—	—	—	—	1
"	1	" " phlegmon.	—	1	—	—	—	—	1
"	1	Combustio	—	1	—	—	—	—	1
"	2	Ulcus anticurvis	—	1	—	—	—	—	2
"	2	Syndactylia	—	2	—	—	—	—	2

Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.

Exstirp. af lymfkörtlar	41	Lymphomata colli	13	27	1	41	—	—	—
" " tumörer:									
" " carcinom	5	Cancer labii v. faciei	—	2	3	5	—	—	—
" " " "	4	" glandular. colli	—	2	2	4	—	—	—
" " " "	1	" " " "	—	1	1	1	—	—	—
" " " "	1	" " " "	—	1	1	1	—	—	—
" " " "	2	" " " "	—	1	1	2	—	—	—
" " " "	4	Sarcoma	—	1	2	4	—	—	—
" " " "	3	Cysta	—	3	3	3	—	—	—
" " " "	3	Adenoma	—	2	1	3	—	—	—
" " " "	1	Angioma	—	1	1	1	—	—	—
" " " "	6	Papilloma	—	5	1	6	—	—	—
" " " "	1	Lipoma	—	1	1	1	—	—	—
" " " "	1	Keloid	—	1	1	1	—	—	—
" " " "	1	Fibrosarcoma	—	1	1	1	—	—	—

Termocanter 1.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukas ålder		Operationens utgång					Anmärkningar.	
			under 15 år.	16-55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.		
Operationer å hufvud och hals.											
Operation för näspolyp	1	Fibroma cavernosum naso-pharyng.	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Excision	2	Cancer linguae	—	2	—	2	—	—	—	—	—
Exochleatio	1	Adenoïda veget. i svalget	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Tracheotomi	6	Laryngitis crouposa	6	—	—	1	—	—	4	—	—
"	1	Corpus peregrin. laryngis.	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Punction + inject. af jod	1	Struma cystica	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Utskrapning + termocauter	2	Lupus faciei	1	1	—	2	—	—	—	—	—
Utskrapning	1	Fistula tuberc. colli	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Operationer å bröst och buk.											
Amputation af bröstkörtel	15	Cancer mammae	—	9	6	15	—	—	—	—	—
Operation	3	Fistula mammae	—	3	—	3	—	—	—	—	—
Thoracotomi + refbensresekt.	14	Empyema	3	10	1	12	—	—	2	—	—
Resectio costæ	1	Empyema	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Thoracocenthes	1	Pleuritis exsud.	—	1	—	1	—	—	1	—	—
Paraenthes abdom.	2	Ascites	—	1	1	2	—	—	—	—	—
" + inj. af jodof.	1	" (peritonit. tuberc.?)	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Laparotomi	1	Tuberculosis peritonei	—	1	—	1	—	—	1	—	—
"	3	Cancer peritonei	—	3	—	2	—	—	1	—	—
" + excision	1	Sarcoma peritonei	—	—	1	1	—	—	—	—	—
explorat.	2	Cancer ventr. (inoperabel)	—	—	2	—	—	—	2	—	—
"	1	Ileus	—	1	—	1	—	—	—	—	—
"	1	Sarcoma renis	—	1	—	1	—	—	—	—	—
"	1	Lithiasis hepatis suspect	—	1	—	1	—	—	—	—	—

Beroende på pankreascysta, som tömdes och fästsyddes i bukräggen.

Gastrostomi	2	Cancer cardiacæ	1	1	1	1	1	1	1		
Gastrectomi	2	Cancer ventriculi	1	1	1	1	1	1	1		
Gastro-enterostomi	1	Cancer pylori, ventr., hepatis	1	1	1	1	1	1	1		
Nephrotomi	1	Hydronephrosis	1	1	1	1	1	1	1		
Nefrektomi	1	Nephrolithiasis	1	1	1	1	1	1	1		
"	1	Nephritis cystica	1	1	1	1	1	1	1		
"	1	Cancer renis	1	1	1	1	1	1	1		
Nefrorafi	1	Ren mobilis	1	1	1	1	1	1	1		
Incision	1	Perinephritis	1	1	1	1	1	1	1		
Operation för perityphit	6	Perityphlitis supp.	6	6	6	6	6	6	6		
Radikal exstirp. af proc. vermif.	2	Appendicitis	2	2	2	2	2	2	2		
Operation för anläggande af anus praeternat.	4	Cancer recti	2	2	4	4	4	4	4		
Colofomia extraperit.	1	Ileus	1	1	1	1	1	1	1		
Resectio coli extraperit.	1	Anus praeternat. (Canc. recti)	1	1	1	1	1	1	1		
Hemiotomi	1	Hernia ingu. incarcerata	1	1	1	1	1	1	1		
"	1	" crural	1	1	1	1	1	1	1		
"	4	" umbil. irrep. incarc.	1	1	1	1	1	1	1		
"	4	" ingu. incarcerata	1	3	4	4	4	4	4		
" + radikalop.	9	" crural	7	2	7	7	7	7	7		
Radikaloperation	22	" ingu. mobil	9	4	4	4	4	4	4		Bassini I. Castratio I.
"	5	" irrepon	5	5	5	5	5	5	5		Bassini I.
"	7	" crural. mobil	1	5	7	7	7	7	7		
"	3	" irrepon.	3	3	3	3	3	3	3		Castratio I.
"	3	" inguin. congen.	3	3	3	3	3	3	3		
"	2	" region. epigastr.	1	1	2	2	2	2	2		
"	1	" umbilicalis	1	1	1	1	1	1	1		
Operation	1	Icterus chron.	1	1	1	1	1	1	1		
Cholecystotomi	1	Abscessus peritonei	1	1	1	1	1	1	1		
Operation	1	Echinococcus hepatis	1	1	1	1	1	1	1		
"	1	Tumor renis suspect.	1	1	1	1	1	1	1		Cancer mesenterii.
Profincision på njure	1		1	1	1	1	1	1	1		

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukas ålder		Operationens utgång					Anmärkingar.		
			under 15 år.	16—55 år.	över 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.		oviss.	
Operation för ändtarmfistel	16	Fistula ani	—	15	11	16	—	—	—	—	—	Ligatur 12, termocaut. 11.
" för hæmorrhoidaltumör	23	Tumores hæmorrh.	—	22	1	23	—	—	—	—	—	
Amputation af ändtarm .	1	Cancer recti	—	1	1	1	—	—	—	—	—	
" "	1	Stricture recti luet.	—	1	1	1	—	—	—	—	—	
Resection	2	Cancer recti	—	2	1	2	—	—	—	—	—	
Operat. för ändtarms framfäll	2	Prolapsus recti	—	1	1	2	—	—	—	—	—	
Operation för periproctitis	1	Periproctitis	—	—	1	1	—	—	—	—	—	
Blässur (sectio alta)	1	Lithiasis vesical.	—	—	1	1	—	—	—	—	—	
Inre urethrotomi	7	Stricture urethre	—	5	2	7	—	—	—	—	—	
Operation för phimosis .	4	Phimosis	—	1	2	4	—	—	—	—	—	Cauterisation (Paquelin).
" för hydrocele testis	7	Hydrocele testis	—	1	5	7	—	—	—	—	—	Punctio + injectio jodi.
" hæmatocele	1	Hæmatocele	—	1	1	1	—	—	—	—	—	Punctio + injectio jodi.
" spermatocele	1	Spermatocele testis	—	—	1	1	—	—	—	—	—	
Radikaloperation	1	Hydrocele fun. sperm.	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
Exstirpation af testis . .	6	Tuberculosis testis	—	—	5	6	—	—	—	—	—	
" "	2	Degeneratio testis cystica	—	2	—	2	—	—	—	—	—	
" "	2	Kryptorchismus	—	1	1	2	—	—	—	—	—	
Amputation af sädessträng.	1	Tuberculosis fun. sperm.	—	1	1	1	—	—	—	—	—	
Exstirpation af bubon . .	4	Bubo inguinalis	—	4	4	4	—	—	—	—	—	
Dilatation forcé	4	Contractura ani	—	4	4	4	—	—	—	—	—	
" "	4	Fissura ani	—	4	4	4	—	—	—	—	—	
Operation (neddragning och fastsytning)	2	Kryptorchismus	—	2	—	2	—	—	—	—	—	Instötning af stenen i blåsan.
Operation	1	Calculus urethre	—	1	—	1	—	—	—	—	—	

Operationer å bäcken och manliga genitalia.

Gynekologiska operationer.

Ovariectomi	5	Cysta ovarii	4	1	5			
"	2	Cysta parovarii	—	2	2			
"	3	Cancer ovarii	—	3	3			
Castration	2	Myoma uteri	—	2	2			
Exstirpatio uteri sacralis	1	Cancer uteri	—	1	1			
Operation	1	Hymen imperf.	—	1	1			
"	1	Fistula recto-vagin. traumat.	1	—	1			
"	2	Cysta ovarii retroperit.	—	2	2			

Incision i fossa iliaca för drainage af Cystan.

Ögonoperationer.

Operation för ectropium	2	Ectropium	—	2	2			
" " trichiasis	4	Trichiasis	—	2	2			
Operation	1	Symblepharon	—	1	1			
Södlings operation	2	Dacryocystitis	—	2	2			
Paraentes af cornea	1	Panophthalmitis	—	1	1			
"	1	Keratitis supp. + hypopyon.	—	1	1			
" af sclera	1	Sclerectasia	—	1	1			
Iridektomi i opt. syfte	2	Leukoma	—	1	1			
Iridektomi	1	Iritis	—	1	1			
"	2	Glaucoma oculi	—	2	1	3		
"	1	Vidus corn. + prolapsus iridis	—	1	—	—		
"	1	Cataract. cong. immatura	—	1	1	1		
Starrextraktion	5	" " senilis	—	5	4	1		
"	1	" " congenita	—	1	1	1		
"	1	" " diabetica	—	1	1	1		
"	1	Luxatio lentis	—	1	1	1		
Starrdisision	2	Cataract. congen.	—	1	1	1		
"	1	" " secundaria	—	1	1	1		
Discisio	1	Membrana pupillar.	—	1	—	—		
Peritomi	2	Blennorrhoea acuta	—	2	—	2		

Jaesche-Art.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukas ålder			Operationens utgång					Anmärkningar.	
			1:—55 år.	öfver 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.			
										under 15 år.		
Enucleatio bulbi	2	Buphtalmus	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—
" "	1	Atrophia bulbi	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
" "	1	Glioma oculi	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
" "	1	Corp. peregrin. oculi	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
" "	3	Panophthalmitis	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—
Öronoperationer.												
Öppnande af Cellulae Mastoideæ	7	Otitis media	1	6	—	6	—	—	—	1	—	—
Öfriga operationer.												
Utskrapning	2	Abscessus tuberc.	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—
" "	1	Lymphadenit. supp.	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
" "	1	Fistula integumenti alvi	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Operation	9	Abscessus frigidus	6	3	—	9	—	—	—	—	—	—
" "	1	Onychomycosis	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Evulsio unguis	7	Unguis incarnat.	—	2	5	7	—	—	—	—	—	—
Radikaloperation	1	Vulnus sclopet.	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Operation	1	Nævus pilosus	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Termokauter	3	Spondylitis	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—
" "												
Summa	560		113	368	79	527	8	2	23	—	—	—

Punctio + inj. jodotorm.

Sålunda hafva å patienter, som längre eller kortare tid legat å sjukhusets kirurgiska afdelning utförts	560 operationer.
Å polikliniska patienter ha utförts	695 operationer.
	<hr/>
Summa	1255 operationer.

Dessutom hafva utförts mindre kirurg. ingrepp (ss reposition af luxationer etc. etc.) i 175 fall.

Karl Schiller.

Af opererade hafva aflidit 26.

N^o 1—4. Fyra barn i en ålder från 2—6 år efter tracheotomi för Croup 2—5 dagar efter operationen. I alla dessa fall hade membranbildningen fortsatt ned i de finare bronchioli och förorsakat tilltäppning af dessa.

N^o 5. En 14 års flicka 8 mån. efter Resectio coxæ för tuberculös coxit af allmän amyloid degeneration.

N^o 6. En 30 års man 5 mån., 10 dagar efter Nephrotomi för pyelonephritis af allmän urogenital tuberculos och miliar tuberculos i lungorna. I den opererade njuren fanns talrika tuberkler och i den andra en kronisk parenchymatös nephrit.

N^o 7. En 32 års qvinna 3 veckor efter laparotomi för tuberculös peritonit af septisk peritonit uppkommen genom perforation af tarmen i ett tuberculöst sår, hvarigenom tarminnehållet utrunnit i bukhålan.

N^o 8. En 18 års yngling 6 mån., 6 dag. efter resectio coxæ för tuberculös coxit (1:a resectionen gjord för 2 år sedan) af lungtuberculos och allmän bäckentuberculos.

N^o 9. En 22 års man, 8 mån. efter resectio coxæ för tuberculös coxit af allmän amyloid-degeneration.

N^o 10. En 4 års gosse 10 dagar efter laparotomi för tuberculös peritonit af kraftnedsättning. Inkom mycket medtagen, ytterligt afmagrad och klen.

N^o 11. En 59 års qvinna 2 dagar efter Thoracotomi + resectio costæ för Empyem af dubbelsidig lunginflammation.

N^o 12. En 58 års qvinna 1 dygn efter Herniotomi + Radikaloperation för inklämdt bråck. Häftigt diarrhé jemte kollaps instälde sig efter operationen. Sektionen visade utom en akut enterit i nedre delen af tunntarmen intet anmärkningsvärdt. Ingen missfärgning af tarmen, ingen peritonit.

N^o 13. En 62 års man 4 dagar efter Gastrostomi (i 2 seancer) för Cancer cardiæ et ventriculi af kräftkakexi. Inkom starkt afmagrad och ytterligt kraftlös, med absolut strictur i cardia. På sista tiden ej fått ned någon föda.

N^o 14. En 26 års qvinna 25 dagar efter Thoracotomi + resectio costæ för Empyem af miliartuberculos i lungorna.

N^o 15. En 34 års hustru 24 dagar efter resection i handleden för tuberculös arthroit af meningitis tuberculosa.

N^o 16. En 11 års gosse 8 dagar efter trepanation af proc. mastoideus för otitis media af sepsis. Septisk tromb i sinus transversus antagligen utvecklad före operationen.

N^o 17. En 8 års flicka, 19 dygn efter trepanatio cranii för complicerad fractur med intryckning af pannbenet af meningit. Vid inkomsten prolaberade den macererade hjernmassan.

N^o 18. En 13 års yngling 17 dygn efter resectio coxæ för tuberculös coxitis af sepsis. Inkom med 40° feber och symptom af sepsis. Vid operat. fanns omkring leden en fækulent luktande abscess, som genom den genombrutna ledpinnan kommunicerade med lilla bäckenet.

N^o 19. En 67 års man 1 månad o. 12 dagar efter amputatio anticurvis för tuberculös arthrit i tarsus af miliartuberculos.

N^o 20. En 47 års kvinna 15 dygn efter explorativ laparotomi för cancer ventriculi af hjertparalysi. En timma innan pat. skulle lemna sjukhuset träffades hon af hjertparalysi.

N^o 21. En 49 års kvinna, 2 dagar efter Herniotomi för inklämdt bräck af ileus. Den reponerade tarmen hade strax innanför bräckporten slagit sig i en skarp vinkel, som omöjliggjorde all passage i tarmen.

N^o 22. En 62 års man, 2 dagar efter colotomia extra-peritonealis för ileus af hjertinsufficiens + börjande pneumoni. Obduktionen visade en cancerös strictur i flexura coli lienalis.

N^o 23. En 53 års man, 8 dagar efter explorativ laparotomi för Cancer ventriculi (inoperabel) af hjertparalysi.

N^o 24. En 49 års man, 3 dygn efter Nephrectomi per laparotomiam för cancer renis af hjertparalysi (fetthjerta).

N^o 25. En 38 års man, 9 dagar efter laparotomi + gastroenterostomi för cancer pylori et hepatitis af kraftnedsättning. Hade hela tiden efter operationen ideliga gallfärgade kräkningar (dock ej ileus), som småningom uttömde krafterna.

N^o 26. En 60 års kvinna, 3 dagar efter gastrectomi för Cancer ventriculi af hjertinsufficiens, beroende på fetthjerta.

Dödsprocenten af de opererade utgör sålunda om de af croup döda ej medräknas 1,75 %.

Karl Schiller.

Af icke opererade hafva 17 aflidit:

N^o 1. Målaren B., 61 år; inkom med komplicerad komminut fraktur å underbenet; fick strax efter inkomsten delirium tremens och dog efter ett dygn af hjertinsufficiens. Sektionen visade: Cor adiposum + dubbelsidig starkt utbildad pyelo-nephros.

N^o 2. Arbet. C. M., 58 år, hade vid inkomsten en purulent arthroit i knäleden med stinkande var, sepsis symptom samt intermittent, svag hjertverksamhet. Afled 14 dagar efter inkomsten af septicæmi.

N^o 3. Ogifta S. F. H., 64 år. Inkom med suppurativ Hyalit + Influenza. Afled 5 dagar efter inkomsten under cerebrala symptom. Vid sektionen kunde dock ej någon tydlig dödsorsak påvisas.

N^o 4. J. P. L., 50 år, inkom med ett ulcus pedis, som blifvit infekteradt med Erysipelas. Dog 2 dagar efter inkomsten.

N^o 5. Ch. L., 23 år, sjöman. Hade vid inkomsten spondylit jemte psoit. Fick helt plötsligt peritonit o. dog. Sektionen visade båda muse. psoas bort suppurerade; psoasskidorna fyllda med var, som å ett ställe brutit genom och åstadkommit en purulent peritonit.

N^o 6. Arb. A. L., 26 år. Inkom för ett vulnus incisum colli, som han tillfogat sig under yrsel i följd af influenza. Dog efter 1 dygn af akut pneumoni.

N^o 7. Ogifta A. J., 56 år, inkom med utbredd phlegmone och dog efter 1 dygn af sepsis.

N^o 8. A. B., 74 år, vaktmästare. Inkom för vulnura contusa capitis + contusiones + fractura claviculæ. Fick strax efter inkomsten pneumoni och afled på 3:dje dygnet.

N^o 9. Trädgårdsmästaren O. T. S., 28 år, inkom för en alveolär periostit med sänkningar nedåt halsen. Afled efter 4 dagar af sepsis.

N^o 10. Gossen O. P., 20 månader, inkom med utbredda brännskador i ansigtet och öfver hela nedre hälften af kroppen; afled på 2:dra dygnet.

N^o 11. Bryggaren C. P., 37 år, inkom för komplicerad lårbensfraktur, fick på 3:dje dagen delirium tremens, hvartill kom pneumoni hvaraf patienten afled.

N^o 12. Ogifta H. G., 22 år, hade vid inkomsten en kolossal stor karbunkel å halsen, som genast inciderades. Afled på 5:te dygnet af sepsis.

N^o 13. En 74 års qvinna, som inkom med utbildad pyæmi, hvaraf hon på 13:de dygnet afled.

N^o 14. En 79 års man, som inkom med utbredd phlegmone å handen och hela armen, dog några dagar efter inkomsten af sepsis.

N^o 15. En 37 års man, som inkom med bäckenfraktur jemte total ruptur af urethra och en 10—12 ctmrs lång ruptur i rectum dog efter 18 dygn af pneumoni.

N^o 16. Åkaren A. S., 35 år, som blifvit sparkad för magen af en häst, hade vid inkomsten dubbelsidig traumatisk Hernia inguinalis, som gick lätt att reponera; ömmade dessutom starkt öfver magen. Afled efter 5 dygn af traumatisk peritonit.

N^o 17. Fröken E. B. J., 25 år, inkom med suppurativ parametrit, som inciderades; det oakadt spred sig varbildningen o. perforerade åt bukhålan, så att en purulent peritonit uppstod, hvaraf patienten afled.

Karl Schiller.

1892. Skadade genom olyckshändelse.

Under året hafva 302 sådana personer intagits:

Orsaker: Fall på marken, utför trappor och från ställningar	94
skadade på fartyg	14
" jernväg	1
" sågverk	3
" tröskverk	2
" andra maskiner	12
" gm annan person	15
" bergsprängning	5
" klämning	16
" åkning, körning	23
" ridt	6
" förbränning	6
" " af kaffe	2
" " " fotogén	4
" nedfallande föremål	65
" knif	4
" yxa	3
" jernflis	2
" lek	1
" djurs åverkan	9
" skottskada	4
" stenflis	4
" jernspets	5
" förfrysning	1
" fall från en höjd	1
	<hr/>
	Summa 302

Af dessa hafva 5 personer afidit:

Dödsorsakerna hafva varit:

- 1) Fractura complic. et commin. antieruris + delirium tremens.
- 2) Vulnera contusa capitis + fractura claviculæ + pneumonia acuta.
- 3) Combustio.
- 4) Fractura complic. femoris + pneumonia acuta + delirium tremens.
- 5) Fractura pelvis + ruptura uretræ et recti + pneumonia acuta.

Karl Schiller

Summariskt sammandrag af årsrapporterna från
Kirurgiska afdelingen under åren 1882-1892.

År	Antal vårdade sjuke	Döde	Antal operatio- ner	Intagna iföljd af olyckshän- delse	Antal sjukbesök på polikli- niken
1882	— 738	— 25	— 206	— 278	—
1883	— 824	— 35	— 462	— 212	—
1884	— 833	— 42	— 516	— 241	— 11500
1885	— 896	— 40	— 512	— 251	— 12900
1886	— 891	— 43	— 561	— 187	— 13000
1887	— 907	— 27	— 632	— 305	— 14500
1888	— 917	— 45	— 749	— 335	— 17391
1889	— 1062	— 49	— 953	— 308	— 19305
1890	— 1164	— 47	— 1102	— 270	— 22294
1891	— 1111	— 33	— 1137	— 300	— 24392
1892	— 1161	— 43	— 1255	— 302	— 28763

Summary of the results of the investigations of the...
Kilguska Alkalinigen under åren 1882-1883.

År	Antal skott af skott	Antal skott af skott	Antal skott af skott	Antal skott af skott
1882	1160	278	202	278
1883	1160	278	202	278
1884	1160	278	202	278
1885	1160	278	202	278
1886	1160	278	202	278
1887	1160	278	202	278
1888	1160	278	202	278
1889	1160	278	202	278
1890	1160	278	202	278
1891	1160	278	202	278
1892	1160	278	202	278
1893	1160	278	202	278
1894	1160	278	202	278
1895	1160	278	202	278
1896	1160	278	202	278
1897	1160	278	202	278
1898	1160	278	202	278
1899	1160	278	202	278
1900	1160	278	202	278

Under åren 1882-1883...

Resultat af undersökningen...

Antal skott af skott...

Antal skott af skott

4 fall af operation för perityflit.

Af A. Lindh.

I korthet skulle jag vilja relatera sjukdomshistorierna af fyra fall af perityflit, som å härvarande kirurgiska afdelning kommit till operation, och som erbjuda intresse så till vida, att de visa, att man äfven vid mindre utpräglade resistenser i cæcaltrakten kan finna var, oaktadt icke någon fluktuation kunde upptäckas före eller under operationen. Om dessa fall kommit till behandling för några år sedan, innan man började operera perityflit, skulle antagligen en god prognos hafva ställts för dem. Fallen voro i korthet följande:

1. L. H. J. 15 år, qvinna. Int. d. $10/_{12}$ 91. För en vecka sedan fick pat. frysningar och intensiv värk i högra fossa iliaca samt kräkningar. Afföringen har varit normal såväl före som efter insjuknandet. Pat. klagade vid undersökning öfver värk i h. fossa iliaca och markerade stark ömhet vid den lindrigaste palpation öfver detta område. Perkussionstonen öfver hela buken var tympanitisk utom öfver ileocæcaltrakten, der den var dämpad. Bukbetäckningarne här betydligt spända; på grund af ömheten kunde ingen tumör palperas, förrän pat. var kloroformerad. Temp. 39^0 . Urin fri från ägghvita.

$11/_{12}$. *Operation*: Snitt längs Lig. Pouparti, dissektion ned i fossa iliaca med undanskjutande af peritoneum. Vid öppnandet af detsamma å ett ställe, der en svag fluktuationskänsla förefanns, framkom en betydlig mängd stinkande var. Hålan kändes begränsad. Proc. vermiformis hvarken kändes eller syntes. Drainage, förband.

$16/_{12}$ 91. Sedan operationsdagen, då temp. på aftonen var $39^0,5$, har febern stadigt minskats, pat. feberfri andra dagen om aftonen. Inga smärtor, varafsöndringen täml. sparsam, men fortfarande illaluktande.

²⁰/₁. Kläder, obetydlig flytning från såret.

²²/₂. Utskrifves frisk.

2. J. S. P. 44 år, qvinna. Int. d. ⁴/₁ 92. För 8 dagar sedan fick pat. plågor i buken och värk i höger sida; kräkningar första dagen. Värken och smärtorna i h. sida tilltogo för hvarje dag och blefvo slutligen olidliga, feber instälde sig. Afföringen var regelbunden.

Vid inkomsten temp. 38^o,₂, följande dag 39^o,₂, i fossa iliaca ofvanför lig. Pouparti kändes en hård, begränsad, äpplestor, starkt ömmande svulst.

⁵/₁. *Operation:* Insnitt längs Lig. Pouparti, peritoneum sköts undan, tills man kom ner i fossa iliaca, der den hårda tumören påträffades, ingen fluktuation; den genom-borrades trubbigt, då efter 2—3 fruktlösa försök var påträffades. Öppningen vidgades och drainagerör inlades. Ej obetydlig mängd stinkande var uttömdes.

¹¹/₁. Stark varafsöndring från såret, tillståndet i öfrigt tillfredsställande; smärtorna upphörde ett dygn efter operationen.

²⁰/₂. Pat. utskrifves med läkt sår, ingen resistens kännes å operationsstället.

3. H. J. 18 år, qvinna. Int. d. ²⁰/₂ 92. Sjuknade 8 dagar före inkomsten med smärtor i högra sidan, som räckte ung. ¹/₄ timma, blef sedan bättre, men fick efter 2 dagar kräkningar; försökte gå uppe följande dag, då likväl smärtorna återkommo. Ömhet i högra sidan instälde sig samtidigt med plågorna. Pat. har haft öppning flera gånger, senast 2 dagar före inkomsten.

Vid inkomsten hade pat. blott stundtals smärtor, i h. sida från spina ilei ant. sup. och uppåt kännes en resistens, som ömmar, perkussionstonen öfver densamma är dämpad. Resistensen når mer än halfvägs till nafveln, men går ej längs Lig. Pouparti, utan lemnar en zon fri närmast det-samma. Temp. 38^o,₅ - 39^o.

²²/₂. *Operation:* Snitt strax ofvan spina ilei ant. sup. till peritoneum, som aflossades, tills svullnaden anträffades. Ungefär 1 kaffekopp stinkande var uttömdes, varhålan sträckte sig mest uppåt och bakåt. Processus vermiformis hvarken kändes eller syntes.

$25/3$. Varafsöndringen fortfarande riklig, fækalluktande, ingen feber, ömheten mindre.

$3/3$. Varafsöndringen mindre, likaså fækallukten.

$23/3$. Fækallukten försvunnen, men ymnig suppuration, allmänna tillståndet tillfredsställande.

$23/4$. Pat. qvarligger med fortfarande varafsöndring från såret.

4. A. C. 33 år, qvinna. Int. d. $5/3$ 92. Pat. har tvne gånger förut haft perityflit. Hon fick recidiv strax före jul med häftiga smärtor. Behandlad med medicin och diet tills dato.

Pat. har ej feber eller smärtor, ingen ömhet, aptit och afföring normala. Å bukens högra sida i cæcaltrakten kännes en flathandstor, ej öm eller fluktuerande resistens, sträckande sig från spina ilei ant. sup. till 5 ctm. från naveln och dessutom något (6 ctm.) utanför spinan; den når ej ned till Lig. Pouparti utom i dettas öfversta del.

$7/3$. *Operation:* Snitt invid spina ilei ant. sup. Efter dissektion genom bukväggen intill resistensen dilaterades såret trubbigt, hvarvid man inkom i en mindre håla, ur hvilken framkom något inspisseradt var, ej illaluktande.

$19/3$. Suppurationen nu i full gång; tillståndet efter operationen godt, temp 38° .

$23/3$. Suppurationen fortfar, resistensen minskad.

$6/4$. Kläder.

$22/4$. Utskrifves frisk, men med fistel utan resistens.

I intet af fallen har jag brytt mig om att noggrant söka efter processus vermiformis, emedan abscesshålorna voro tämligen små, och ett ifrigt sökande efter desamma möjligen skulle hafva gifvit anledning till bristning af abscessväggen och perforation in i bukhålan. På grund häraf har jag i mina fall ej ansett mig berättigad att utsätta patienterna för en sådan risk. Det är också möjligt, att fallen utan operation kunnat gå till helse. Dock tror jag, att det operativa ingreppet är att föredraga, då väl sannolikt ett recidiv lättare torde uppstå utan än efter utförd operation. Recidiv förebyggas visserligen ej med säkerhet genom en sådan, men förekomma dock mindre ofta än vid

den vanliga behandlingen, och den vinst, som ligger häri, torde till fullo berättiga det operativa ingreppet i dessa fall.

När härtill kommer, dels att man tyvärr aldrig på förhand kan veta, hvilka perityfliter utan operation kunna öfvergå till helse, dels att man vet, att den lindrigaste sådan sjukdom understundom kan plötsligt sluta med perforation åt bukhålan och död, så torde jag vara berättigad till det påståendet, att man vid en perityflit med utpräglad resistens i regeln bör göra operation, aldrahelst som det operativa ingreppet — om det göres med försigtighet — medför mycket ringa fara för patienten.

I alla fallen uppkom några dagar efter operationen en ganska riklig suppuration från abscessen, fastän varet var sparsamt i början. I ett par af fallen hade afsöndringen en fækal lukt och utseende under någon tid.

Ett fall af echinococcus hepatis.

Af A. Lindh.

För ett fall af ofvannämnda lidande, som jag för kort tid sedan haft tillfälle operera, ber jag få redogöra och på samma gång förevisa patienten. Dessförinnan dock i korthet några ord om vår hittillsvarande kännedom om ifrågasvarande åkomma.

Echinococcus hepatis förekommer oftast hos personer, som äro i tät och ofta återkommande beröring med hundar, i det äggen af en i hundens tarmkanal lefvande tænia inkomma i människans tarmkanal och derifrån genom vena portas grenar eller gallgångarne föras till lefvern. De utvecklas der till s. k. echinococcusblåsor, hvilka efter 4—5 månader uppnå valnötstorlek och omgifvas af en dubbel-lagrad membran, af hvilken det yttre lagret kallas cuticulan (ett preparat af densamma, vunnet vid operationen, demonstrerades). På insidan af denna kapsel, som ofta är mycket tjock och fast, utvecklas de s. k. hufvudena (scolices), som hafva en dubbel krans af hakar och dessutom 4 sugvårtor. Ibland utvecklas inuti den ursprungliga blåsan s. k. dotterblåsor. Utom den enkla echinococcusblåsan särskiljer man en inoperabel form, den s. k. multilokulära formen, som utgöres af en mängd hårda, i lefvern kringströdda svulster, och som uppkommer derigenom, att nya blåsor ej bildas inuti den gamla, utan utanför densamma.

Kliniskt ger echinococcusblåsan ej några tydliga symptom till en början, först, då en tydlig svulst utbildats, kan densamma igenkännas. Den bildar då en kulformig,

fluktuerande svulst, som vid palpation ibland, dock ingalunda regelbundet, ger ett egendomligt surrande intryck, som om man tryckte på en fjäder, det s. k. "Hydatiden-schwirren"; vid instick med en Pravaz' spruta erhålles en klar, bernstengul, ej ägghvitehaltig vätska, i hvilken scolices äfvensom bitar af cuticulan, bernstensyra och inosit kunna påvisas. Innehållet är dock endast sådant i jämförelsevis yngre blåsor; i äldre blir det ofta grumligt, grötaktigt, till och med varigt. I det föreliggande fallet var det segt och missfärgadt. Den enda behandling, som erbjuder någon utsigt till framgång, är den kirurgiska. Man brukade förr tömma blåsan genom direkt punktion med nålar eller troikart och låta dessa sitta qvar, tills blåsan fastlödt vid peritoneum. Denna metod misslyckades dock ofta och var farlig. Man öfvergick därför snart till direkt incision af blåsan och har i detta hänseende tvänne metoder att välja på, nämligen dels Lindemanns operation i en séance dels Volkmanns i 2 séancer. Vid den förra öppnas bukväggen och peritoneum, blåsan sys fast vid detta senare, och incision göres derpå omedelbart. Dock kan denna metod medföra den faran, att något af blåsans innehåll kan komma in i bukhålan och dymedelst gifva anledning antingen till en peritonit eller till uppkomsten af nya blåsor, som då äro inoperabla. Dessa olägenheter undvikas vid den Volkmannska metoden, hvilken numera äfven är den vanligen använda. Vid den samma genomskäres bukväggen och peritoneum, såret tamponeras med jodoformgas, och först efter några dagar, då blåsan på grund af den då uppkomna adhesiva peritoniten fastväxt vid peritoneum, göres incision, och drainagerör inlägges.

I allmänhet bör man undvika att punktera blåsan i diagnostiskt syfte, innan sammanväxning mellan peritonealbladen skett, emedan eljest lätt innehåll kan uttränga i peritonealhålan.

Mitt fall var synnerligen gynnsamt så till vida, som i detsamma blåsan på grund af en förutgången adhesiv inflammation redan satt fast vid peritoneum, och operationen

derför kunde ske i en séance. Fallets sjukhistoria lyder i korthet som följer. Journal förd af kand. Billqvist.

A. B. Skomakare, 34 år. Pat. har alltid varit en frisk och kraftig arbetare, tills han sommaren 1887 insjuknade med häftiga plågor i högra hypokondriet. Han märkte då derstädes vid nedra bröstkorgranden en liten ansvällning, som småningom tilltog i storlek. Pat. blef matt, miste matlusten; icterus tillstötte; buken blef starkt uppdrifven; ingen feber. Pat. hade alltjämt smärtor, ehuru ej så svåra som i början. Efter 2 månaders sjukdom vände pat. sig till läkare i Flensburg, hvilken diagnosticerade blåsmask. Operation derstädes; echinococcusblåsan öppnades och sköljdes sedermera under några veckor dagligen. Efter mindre än 2 månader var pat. fullt frisk. För 2 år sedan insjuknade pat. åter med en lindrig icterus; inga smärtor, inga rubbningar från digestionsapparaten; aptit och afföring fullt tillfredsställande. Äfven nu förefanns en liten ansvällning i regio epigastrica, om till höger eller venster om medellinien, minnes pat. ej. Efter 14 dagars sängliggande var han åter frisk och ansvällningen försvunnen. Icterus har sedermera ej uppträdt. För ungefär 3 månader sedan märkte pat. först den svulst, han nu har. Den var då helt obetydlig, men har sedermera så småningom tillvuxit. Några egentliga smärtor har pat. ej känt, aptit och afföring hafva varit goda, ingen feber, ingen icterus. Pat. har aldrig haft några sår med varbildning. Intogs på Sahlgrenska Sjukhuset d. 6/4 92.

Status præsens d. 8/4 92: Pat. ser frisk och kraftig ut, aptit, afföring och sömn goda, temperatur afebril. Urin håller ej albumin. Ingen icterus, inga ansvalda lymfkörtlar. Från lungor och hjertat intet att anmärka. Puls 60, regelbunden.

Lefvern: I högra mammillarlinien relativa dämpningen i 5:te interstitiet, absoluta i 6:te interst., nedre lefvergränsen 5 ctm. nedom bröstkorgranden. Härifrån går nedre lefvergränsen i en båglinia åt venster uppåt. Strax till venster om linea alba ligger tumören.

Perkussionstonen å tumören är matt med vid stark perkussion framträdande tympanitisk biklang från underliggande tarmar. Tumörens åt höger vettande rand når nästan fram

till linea alba. Åt venster kan vid perkussion ej någon gräns erhållas, utan öfvergår dämpningen öfver tumören omedelbart i mjeltdämpningen. Nedre gränsen för tumören går från 11:te refbenets nedre kant snedt framåt mot naveln. Tumören bugtar fram som ett segment af ett klot, är af elastisk konsistens, svagt fluktuerande, huden öfver densamma af normalt utseende och förskjutbar. Endast obetydlig ömhet vid palpation.

Operation d. $\frac{9}{4}$. Incision parallelt med venstra refbensranden; cystan befanns adherent till bukväggen, hvadan peritonealhålan ej öppnades; cystinnehållet, som nästan fylde en rondsål, var brungult och grumligt samt innehöll betydlig mängd albumin. Vid mikroskopisk undersökning kunde ej några scolices upptäckas, men kapselväggen visade det för echinococcus karakteristiska utseendet med lagrad cuticula. Drainage.

$\frac{15}{4}$. Under narkos dilatation af såret, T-rör inlades. Pat:s tillstånd efter operationen tillfredställande.

$\frac{1}{5}$. Föga sekretion från såret. Vårdas hädanefter polikliniskt. Drainrör qvarligga.

$\frac{15}{5}$. Aflägsnades drainrören. Tillståndet hela tiden utmärkt. Såret granulerar ihop.

$\frac{1}{6}$. Pat. som ännu har en lindrigt suppurerande fistel, har på en tid icke visat sig på polikliniken.

Gastrostomi för strictura oesophagi + cancer ventriculi.

Af A. Lindh.

E. B., 62 år, man. Intagen d. $19/3$ 92, död d. $24/4$ 92.

Pat. har sedan 3 månader lidit af häftiga plågor i maggropen och förstoppning jämte uppstötningar. Under sista månaden har han ej kunnat behålla någon mat, utan genast kräkts upp den igen. Han har dock aldrig kräkts blod eller kaffesumpliknande maginnehåll. Ej haft sura uppstötningar. Pat. klagar öfver hinder vid sväljningen. Magsonden kunde nedföras 41 ctm. från tandraden, äfven den finaste sond gick ej längre. Då pat. sväljde flytande föda, kom en del nästan genast upp igen, hvadan en striktur i cardia kunde antagas vara förhanden. Ingen tumör kunde palperas i epigastrium. Pat. ytterst nedsatt och usel. $20/4$. Gastrostomi.

Ventrikeln, som var hopdragen och svår att draga fram, emedan den stramade starkt bakåt, fästades med en dubbel rad suturer vid bukväggen. En stor hård tumörkaka kändes sträcka sig från cardia ned på ventrikeln.

$23/4$. Gjordes insnitt i vidvuxna ventrikelväggen.

$24/4$. Pat. dog under symptom af lunginflammation.

Sektionen visade en cancernmassa, som intog bortåt hälften af ventrikeln, och som började omedelbart nedanför cardia; ingen peritonit; i båda lungorna bronehopneumonier.

Ventrikeln var starkt fixerad till bukväggen.

Sitt största intresse har fallet deri, att den nästan absoluta förträngningen af cardia, hvilken tydligen förefanns under lifvet och då väl beroende på starkare ansvällning af cancerknölarne och deras tryck mot hvarandra, icke kunde påvisas efter döden, ty fingret kunde med lätthet passera cardia.

Aftryck ur Hygica 1892.

Kirurgisk kasuistik från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Af Alrik Lindh.

1. Pankreascysta.

Ogifta A. L. O., 58 år, intogs på sjukhuset d. $2^8/5$ 1891. Märkte en svulst i buken för 6 veckor sedan. Hade förut känt sveda och värk i epigastrium; detta hade hon trott vara magsyra och sökt hjälp härför. Känner sig för öfrigt frisk, utom att hon ibland plågas af reumatiska smärtor här och der i kroppen. Menstruationen började, då hon var 20 år gammal, och har regelbundet infunnit sig en gång i månaden samt räckt 3—4 dagar hvarje gång. Den upphörde vid hennes 52 år. Pat. ser någorlunda kry ut fastän temligen mager. Buken, uppdrifven, mäter i omfång 88 cm. strax under naveln. Vid palpation kännes en fluktuerande tumör, som sträcker sig från bröstkorgen nedåt till ungefär 7 cm. ofvan symphysis pubis. Den kännes något smalare uppåt men blir bredare nedåt samt sträcker sig åt sidorna till spinæ il. ant. Den låter något förskjuta sig från sida till sida och gör också en något ringa rörelse vid andhemtningen. Vid undersökning per vaginam, som i följd af kvarvarande hymen ej tillåter pekfingeret fullständigt införas, kännes blott den virginela portio vaginalis; parametrierna fria. Vid palpation i rectum kännes ingenting af tumören. Perkussionstonen öfver tumören matt. Lungor och hjerta friska. Urinen, klar, ljusgul, innehåller hvarken socker eller ägghvita. Allmänna tillståndet godt.

D. $3^0/5$. *Operation.* Buksnittet i linea alba började midt emellan epigastrium och naveln samt förlängdes ett stycke nedom den senare. Nu framträdde i detta snitt den stora cystan, som visserligen var fri från främre bukväggen, men upptill och baktill var fast förenad med närliggande organ. På ytan hade den en tunn, omentliknande peritonealbeklädnad, som var fastvuxen vid cystväggen. På venstra sidan gick en tunntarmslynga, som hade sitt mesenterium alldeles utbreddt och fastvuxet på cystan och intimt öfvergick i densammas peritoneallager. Den enrummiga cystan punkterades, hvarvid ett par rondsålar mörkfärgad, tunnflytande vätska uttömdes. Derpå försöktes utskalning af cystväggen från den serösa hinnan, hvilket också lyckades med en betydlig del deraf, men slutligen brast den ytterst sköra och tunna cystväggen, och

en del af den återstående cystvätskan uttrann i bukhålan, som därför måste rengöras. Cystan drogs nu fram så mycket som möjligt utanför buksåret; handen infördes i densamma, hvarvid befans, att den utgick från trakten af pankreas samt var fast förenad med lever, diafragma, oment. maj. och min. samt ventrikeln, som den hade på sin främre, öfre sida. Från vidare försök att utskala och isolera cystan afstods därför. De peritonealsår, som blifvit gjorda, hopsuturerades, cystväggen jemte densamma betäckande peritoneum parietale fästades i öfre delen af buksåret, som i öfrigt hopsyddes. Cystan dränerades. På sådant sätt hade väl $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ af cystan blifvit exstirperade.

D. $\frac{3}{6}$. Tillståndet efter operationen godt. Väder hade afgått efter kamomillavemang. Buken mjuk. Dagen efter operationen aftontemp. $38,6^{\circ}$, i dag $38,2^{\circ}$. D. $\frac{6}{6}$. Första förbandsombyte. En del af den framdragna och fastsydda cystväggen hade gangränerat. Ringa sekretion. Såret i öfrigt utan anmärkning. Buken mjuk och oöm. Öppning i går. Ingen feber. D. $\frac{11}{6}$. Buksåret läkt pr. p. Suturena uttogos. De gangränösa partierna af cystväggen bortklippes. Tillståndet godt. D. $\frac{7}{7}$. Förloppet hela tiden utmärkt. Fisteln har så småningom läkt sig; nu återstår blott ett ytligt sår af 1 kronas storlek. Pat. utskrifves i dag. D. $\frac{21}{9}$. Bref från pat. upplyser, att hon är frisk och sedan ett par veckor fullständigt läkt.

2. Pankreascysta vållande ileus.

Gossen R. S., 4 år, intogs på sjukhuset d. 30 maj 1892. Pat. hade i allmänhet varit frisk, tills plötsligen d. 6 maj symptom af ileus uppträdde. Vid undersökning upptäcktes i bukens venstra sida en mjuk, degig resistens, som ansågs vara en tarminvagination. Några blödningar förekommo dock ej derifrån. Efter 4 å 5 dagars energisk behandling med lagemang fick pat. slutligen afföringar och blef så återställd, att han kunde vistas ute. Men 4 dagar före sitt intagande å sjukhuset fick han recidiv. Absolut förstoppning och kräkningar. Buken temligen meteoristiskt uppdrifven. Fortfarande en resistens i venstra sidan af buken. Då tillståndet blef allt sämre, intogs han som sagdt å sjukhuset och opererades samma afton. *Laparotomi*. Ett stort buksnitt lades i linea alba från symphysis pubis till något öfver naveln. Efter dettas anläggande visade sig en barnhufvudstor, mörkfärgad, fluktuerande, knölig tumör, som var retroperitoneal, sköt fram nnder mesenteriet för colon transversum samt sträckte sig bakom ventrikeln långt upp under epigastrium. Dess främre, friare

framskjutande del kunde med möda bringas utanför buksåret. Under försöken härmed brast den slutligen, hvarvid en mörkfärgad, brunröd, tunnflytande vätska uttrann utanför bukbetäckningarna. Nu inciderades cystväggen, som var ytterst tunn, på flera ställen för att uttömma vätskan ur den mångrummiga cystan, och mellanväggarna söndersletos, så att endast ett hålrum återstod, hvilket sträckte sig åt pankreastrakten och ännu längre upp bakom bukens viscera. Derpå fästes cystväggen och dess beklädande bukhinna med några suturer till peritoneum parietale i buksårets öfre del. Ett dränrör infördes i cystan, och den öfriga delen af buksåret hopsuturerades. Ileus-symptomen hade uppkommit genom tumörens tryck på tunntarmen, som dock såg frisk ut. Efter operationen och narkosen, som pat. ganska bra fördrog, var tillståndet jmförelsevis godt. Urinen utan socker och ägghvita.

D. $\frac{2}{6}$. Dagen efter operationen var pat. mycket medtagen. Stark feber, $39,5^{\circ}$ — $40,4^{\circ}$; puls 160. Stark törst. Ingen öppning. I dag har temperaturen sjunkit till $37,8^{\circ}$. Efter lavemang i går, hvilket kom ut tillsammans med något fæces, afgick mycket väder på aftonen. I dag på middagen stor afföring. God sömn på natten. D. $\frac{3}{6}$. Tillståndet nu rätt godt. God sömn. Ingen feber. Ligger lugn och stilla. D. $\frac{6}{6}$. Tillståndet hela tiden godt. Afföring hvarje dag efter lavemang. Äter med god aptit.

Från d. $\frac{8}{6}$ — $\frac{12}{6}$ ihållande diarré med temperaturförhöjning. Likaså från d. $\frac{17}{6}$ — $\frac{21}{6}$. Sedermera tillståndet mycket tillfredsställande. Föga afsöndring från cystan under hela tiden. D. $\frac{11}{7}$ utskrefs pat. med ett obetydligt, endast ytligt sår, hvilket efter några dagars förlopp läktes i hemmet. Pat. frisk och kry enligt underrättelser i november.

3. Kroniskt ventrikellidande. Gastrotomi.

Ogifta A. A., 22 år, intogs å sjukhuset d. $\frac{31}{3}$ 1890. Hennes sjuklighet hade räckt under 1 år. Under sommaren 1889 hade hon haft blodkräkningar och sedan dess dagligen oblodiga kräkningar, som trotsat all behandling, som åtskilliga läkare anordnat. Några svårare smärtor i magen hade hon ej förmärkt. Hon ser nu blek och medtagen ut samt får kräkningar nästan alltid en stund efter det hon förtärt någon föda. Magsköljning visar, att en liter vatten med största lätthet går ned i ventrikeln, men inga jästa eller illaluktande samlingar kunna uttömmas ur magsäcken. Undersökning med fräspulver konstaterar, att nedre gränsen af ventrikeln når till naveln. Emellertid försöktes under närmare två månader

med en mängd olika läkemedel, utan att pat. det ringaste förbättrades. En i magundersökningar förfaren kollega rådfrågades och gaf benäget följande utlåtande. »Profmältiden lemnade efter 4 timmar ett sparsamt, delvis osmält, något slemblandadt innehåll. Saltsyra närvarande jemte en ringa mängd mjölksyra. Totalaciditeten knappast hälften mot vanligt. Knappast reaktion på peptoner och propeptoner. Löpe-reaktionen nästan normal. Digestionsprovet, ungefär dubbelt så långsamt som vanligt, hjälptes upp med saltsyra. Möjligen en förträngning af pylorus, som dock nog släpper igenom en del (måhända jemförelsevis ej så obetydligt).» D. $15/5$. Kräkningar dagligen; under den tid pat. observerats på sjukhuset ingen förändring eller förbättring i tillståndet.

Pat. önskade ifrigt, att operation måtte göras, och då man hade all anledning tro, att antingen en förträngning af pylorus eller ett magsår förefans, gjordes, efter vanliga förberedelser till laparotomi samt en dags fasta och en sköljning af ventrikeln med koksaltlösning, d. $20/5$ *laparotomi + gastrotomi*. Snitt från epigastrium till naveln i lin. alb. Ventrikeln betydligt förstörd; en stor del af densamma kunde jemte pylorus med lätthet föras ut utom buksåret. Vid palpation och undersökning af densamma kunde intet abnormt upptäckas. Ett insnitt på 3 cm:s längd gjordes genom ventrikelväggen. Pekingret infördes, men fann intet anmärkningsvärdt hvarken å ventrikelns slemhinna eller i pylorus, som var fullt tillgänglig för fingret. Dubbel rad suturer å såret i ventrikeln. Buksåret hopfastades. Förband. Tillståndet efter operationen godt. De första dagarne endast närande lavemang, sedermera mjölk i mindre portioner. D. $27/5$. Tillståndet efter operationen tillfredsställande. Inga kräkningar efter mjölken. Läkt per primam. D. $10/6$. Får kläder och vara uppe. Fortfarande inga kräkningar. D. $10/7$. Haft kräkningar under några dagar, men har på sista tiden mått alldeles bra och icke kräkt, oaktadt hon äter med god aptit hvarjehanda födoämnen. Hon har kvarhållits å sjukhuset lång tid för observation. Egenomligt nog tyckes det psykiska intrycket af operationen hafva vållat förbättringen. Hon utskrefs frisk d. $19/7$ 1890. Äfven under vistelsen i hemmet, och oaktadt hon ej höll någon sträng diet, fortfor hon att vara frisk en tid, men längre fram på hösten lär hon af någon fått veta, att vid operationen intet sjukligt blifvit funnet och aflägsnadt — som hon förut trott. Nu återkommo hennes kräkningar och lära ännu fortfara, då detta skrifves.

4. Cancer ventriculi. Gastro-enterostomi.

Fall af magkräfta hafva naturligen under de sista åren inkommit å kirurgiska afdelningen i icke ringa mängd, och laparotomi har också i många fall blifvit utförd såsom förberedande operation för pylorusresektion, men i de flesta fall har kancerns utbredning varit så stor, adherenserna till pankreas så fasta och metastaser i oment och mesenterialkörtlar så talrika, att någon resektion icke ansetts kunna med framgång göras. Endast i följande 2 fall har någon operation å sjelfva ventrikeln utförts.

Enkan E. C. P., 48 år, intogs å sjukhuset d. $10/3$ 1891. Hon hade varit matt och svag en längre tid. Haft kräknin-gar mycket ofta sedan kort före jul, nu dagligen och alltid efter intagen föda. Dock aldrig kräkts blod eller mörkfärgade massor. Matlusten försvunnen. Afmagringen och kraftlösheten högst betydliga. Redan kort före jultiden hade en apelsinstor tumör upptäckts i reg. pylorica. Denna tumör kändes nu mycket rörlig och kunde föras omkring i buken ett stycke. Inga andra knölar kunde genom bukväggen palperas.

Efter vanliga förberedelser gjordes d. $13/3$ laparotomi. Snitt i linea alba. Pylorustumören kunde med stor lätthet framdragas utanför buksåret. Men då å ventrikeln yta fanns en mängd miliära afsättningar, i curvatura minor en hel del smärre knölar och omkring cardia en större tumör, så ansågs extirpation omöjlig. Derfor utfördes *gastro-enterostomi* enligt v. Hackers metod. Omentet och colon transversum lades uppåt, mesocolon perforerades trubbigt parallelt med kärlen, och öppningen dilaterades, så att en del af ventrikeln bakre vägg presenterade sig i denna såröppning. Mesocolons sårkanter fästades nu med några suturer ringformigt till ventri-keln bakre vägg, vid hvilken sedan en tarmslynga från allra öfversta delen af jejunum fastsuturerades på vanligt sätt, sedan en 4—5 cm. lång incision gjorts såväl genom tarm- som mag-väggen. Den tillförande tarmslyngan fästades dessutom äfven med några suturer till ventrikeln vägg, så att den afförande slyngan kom att ligga i riktning åt pylorus.

Inalles anlades omkring 30 suturer. Hela tiden digital-kompression, hvilken var fullt tillräcklig, så att intet mag- eller tarminnehåll utkom i bukhålan. Operationen räckte, om jag minnes rätt, omkring 2 timmar och fördrogs mycket väl af den nedsatta pat. D. $14/3$. Tillståndet efter operationen godt. Sofvit lugnt under natten. Inga kräknin-gar. Närande lavemang 2 å 3 gånger under dagen. D. $16/3$. Pat. dricker i dag $\frac{1}{2}$ kopp mjölk. D. $17/3$. En hel kopp mjölk. För öfrigt

fortsattes med närande lavemang. Tillståndet hela tiden tillfredsställande. D. $2\frac{1}{3}$. Förbandsombyte. Såret läkt p. pr. Åter nu hafresoppa, mjölk, ägg och buljong. Inga kräkningar efter operationen. Ordentlig afföring. Inga smärtor i buken. D. $5\frac{1}{4}$. Får i dag gå uppe. Åter nu 7—8 muggar lös mat och 2 ägg dagligen. Tillståndet hela tiden godt. D. $7\frac{1}{4}$ utskrefs pat. Om hennes senare tillstånd meddelar pat:s läkare, dr F. Belfrage, att hon ej vidare led af några kräkningar utan kunde utan olägenhet förtära passande föda. Deremot började hon efter en tid aftyna och lida af plågor i buken. Kräfttumören tillväxte hastigt och hon afled d. 30 juni 1892.

5. Cancer ventriculi. Partiel magresektion.

Fru J. C. O., 48 år gammal, intogs å sjukhuset d. $29\frac{1}{4}$ 1892. Sjukjournalen fördes af kand. Tham. Någon ärftlig sjuklighet inom släkten finnes ej. Pat. har under några år ofta haft ondt i bröstet med hosta. Hennes mage har de sista åren varit dålig, och hon har ej tålt maten utan ofta efter måltiderna fått kräkningar, hvarvid hufvudvärk inställt sig. Aptiten har dock denna tid varit god, men afföringen trög. I oktober 1891 började pat. känna tydliga smärtor i buken något till venster om nafveln. Smärtorna återkommo några gånger på dygnet, oberoende af måltiderna. Vid denna tid började hon också tåla maten ännu sämre och har allt sedan dess ofta haft kräkningar. Under vintern och våren detta år har hon två gånger kräkt ganska mycket blod, ungefär ett kvarter hvarje gång. Det uppkräkta lärer hafva varit ljusrött till färgen. Afföringen var samtidigt mycket mörk. Hon har ej kräkt upp några kaffesumpliknande massor. Den 5 nov. förlidet år undersöktes maginnehållet 1 timme efter Ewalds profmåltid af dr Bäcklin, hvilken meddelat, att »det samma var illaluktande och egde en totalaciditet af $0,22\%$ bestämd såsom HCl. Mjölksyra fattades, men erythro-dextrin deremot fans närvarande. Ventrikeln tydligt nedsjunken och atonisk.» I slutet af mars detta år märkte dr Bäcklin hennes svulst, som kändes »ungefär valnötstor, rörlig, pulserande, hård, belägen något till venster om medellinien i epigastrium». Hon tillråddes då operation. Under de sista veckorna har tumören vuxit något, och pat. har börjat känna sig matt och förlorat matlusten.

Status præsens vid inkomsten å sjukhuset. Pat. ser anämisk ut och är betydligt mager. Krafterna reducerade. Temperaturen afebril. Puls 64. Från lungorna intet att anmärka. 1:sta hjerttonen höres något utdragen med ett svagt blåsljud. Vid palpation kännes tumören några cm. till ven-

ster om nafveln. Den är af oval form och något större än en valnöt. Den kan ej helt omfattas. Hud och muskulatur äro förskjutbara öfver densamma. Den är ganska rörlig, men tyckes baktill vara fästad vid djupt liggande partier. Den är hård, loberad och pulserande. Lefver och mjelte utan anmärkning. Urinen ägghvitefri.

D. $\frac{3}{5}$. *Operation*, sedan vanliga förberedelser blifvit vidtagna. Buksnitt i medellinien från epigastrium. Tumören, som hade sitt säte i ventrikelns curvatura minor i närheten af pylorus, kunde genast fattas och framdragas, jemte en stor del af magsäcken, utanför buksåret. Ungefär hälften af omentum minus afknöts och lossades från ventrikelranden. Medelst glasstafvar beklädda med gummirör komprimerades duodenum och ventrikeln på båda sidor om svulsten. Magsäckens vägg genomklippes på 1 cm:s afstånd rundt omkring tumören. Då detta var gjort, visade sig, att af curvatura minor endast $\frac{1}{3}$ återstod närmast cardia, och att snittet hade gått in i början af sjelfva pylorus. Den venstra, större delen af ventrikeln sammanhängande med den högra, mindre delen endast med en 3 à 4 cm. bred brygga vid curvatura major. Det resecerade partiet sålunda rätt betydligt. Den borttagna svulsten var skålförmig med en fördjupning på midten. Dess största längd var 6 cm., dess tjocklek ungefär $1\frac{1}{2}$ cm. Magen, som var väl sköljd före operationen, innehöll endast något slem, och då den kunde väl utdragas och omgifvas med steriliserad gas framför buksåret, inkom ej något maginnehåll i bukhålan. Nu anlades 48 suturer i följande ordning. På baksidan 10 seromuskulära jemte en fortlöpande förstärknings sutur + 10 slemhinnesuturer. På framsidan 8 mukösa, 10 seromuskulära och 9 rent serösa. Efter operationen hade ventrikeln fått en mycket egendomlig form på grund af den stora förkortningen af curvatura minor. Blödningen under operationen jemförelsevis ganska ringa. Sedan nu ventrikeln blifvit rengjord med svag sublimatlösning, reponerades den in i bukhålan, och buksåret suturerades och förbands. Operationen hade räckt $2\frac{3}{4}$ timmar, och pat. fördrog den väl. Narkos först med kloroform, sedan med eter.

D. $\frac{6}{5}$. Tillståndet efter operationen det bästa; inga kräkningar; obetydliga smärtor; lugn sömn. I går afgick flatus. Närande lavemang 3 gånger dagligen. Per os de 2 första dagarne blott 6 téskedar isvatten dagligen, men i dag 6 matskedar med 1 tésked vin i hvarje matsked. D. $\frac{8}{5}$. Tillståndet godt. 2 téskedar mjölk i timmen. Dessutom 3 närande lavemang dagligen som förut. D. $\frac{9}{5}$. Nu 1 matsked mjölk i timmen. D. $\frac{10}{5}$. Förbandsombyte. De djupa suturerna borttogos. Såret läkt per primam. D. $\frac{11}{5}$. Allmänna till-

ståndet fortfarande godt. 1 matsked mjölk och 1 matsked äggmjölk i timmen. Vin och vatten emellanåt. I dag afföring. D. $15/5$. Började äta ägg. Aftontemperaturen de första 11 dagarna omkring 38° , sedan normal. D. $27/5$ utskrefs pat. frisk. Har sedan visat sig å sjukhuset flera gånger, sista gången i slutet af september. Hennes tillstånd godt och utan anmärkning.

6. Tuberculosis peritonei. Laparotomi 2 gånger.

Bland de fall af tuberkulös peritonit, på hvilka jag utfört laparotomi, torde följande vara af något mera intresse.

Hustru A. M. G., 30 år, intogs å sjukhuset d. 5 mars 1890. Hade födt 2 barn, det sista för 5 år sedan. Alltid regelbundna menstruationer. Började märka uppdrifning af buken redan vid midsommartiden 1888. Blef tappad sommaren 1889, hvarefter hon blef så förbättrad, att hon kunde gå uppe hela följande höst. På vintern blef dock buken större, pat. magrade af och blef kraftlös. Vid inträdet å sjukhuset var hon mycket nedsatt, såg mycket sjuk och usel ut. Buken stor och uppdrifven, måter i omkrets öfver nafveln 94 cm. Perkussionstonen å högra sidan tympanitisk och å den venstra matt. Framtill äfven dämpad ton. Uterus förstorad med minskad rörlighet.

D. $7/3$. *Laparotomi.* Vid bukhinnans öppnande uttrann ascitesvätska i stor mängd, som var ljusgul, tjockflytande, icke klar och höll cholesterin i riklig mängd. Tarmarna besatta med talrika miliära knottor. Hela bäckenet utfyllt af en sammanhängande svulstmassa, antagligen bildad af sammangyttrade tarmar. Bukhålan sköljdes med salicylsyrelösning (1:400). Jodoformglycerin, i ringa mängd, ingneds på tarmarne. Suturer och förband. D. $15/3$. Första förbandsombytet. Såret aseptiskt läkt. Buken mjuk och oöm. Tillståndet efter operationen tillfredsställande. D. $24/3$. En mindre abscess i buksåret öppnades. Utskrefs läkt d. $10/4$.

Pat. var nu ganska frisk under sommaren men fick på hösten en venstersidig pleurit, som länge höll henne i sängen. Buken ansvalde också något. Hon blef dock slutligen frisk. Men i november 1891 började hon åter blifva sjuklig. Buken ansvalde ånyo, så att, då hon intogs på sjukhuset d. $8/12$ 1891, dess omkrets var 104 cm. Bukbetäckningarne betydligt spända och ödematösa. Undersökningen visade ascites. Per vaginam kändes uterus fixerad och inbäddad i en hård kaka. Ödem i benen, labia och ryggen. Kortare ton och svagare respirationsljud öfver venstra lungans nedre parti. Inga rassel.

Hjerta och lever förskjutna uppåt. D. $1^0/_{12}$. *Laparotomi*. Sedan bukbetäckningarne blifvit genomskurna, inkom man i ett stort begränsadt hålrum, fylldt med ljusgul, klar vätska. På flera ställen inbugtningar på väggen. Ingenstädes några tuberkler synliga. Som omgifningen kändes som en enda hård kaka, afstods från försök att löspreparera cystväggen. Sköljning med salicylsyrelösning och indrypning af en ringa mängd jodoforemulsion. Det ungefär 10 cm. långa såret i bukväggen lemnades öppet.

D. $2^4/_{12}$. Tillståndet efter operationen mycket tillfredsställande. Ingen feber. Aptit. Men i går utträngde genom laparotomisåret en stor mängd tunnflytande fæces, tydande på tarmperforation. D. $1/_{1}$ 1892. Under sista dagarne försämrades tillståndet. Afsöndringen ur bukhålan fortfarande fäkaltblandad. D. $1^2/_{1}$. Död. Sektionen visade alla tarmarne sammanlödda till en enda kaka med ett stort rum emellan sig i nedre delen af buken (det vid operationen funna cystrummet). Ingen möjlighet att skilja tarmarne från hvarandra; tarmväggen öfverallt förtjockad. I öfversta delen af rectum en perforerad ulceration, hvarigenom tarmen kommunicerade med cystarummet. Ingen tuberkulos i andra organ.

7. Cancer uteri. Exstirpatio uteri sacralis.

Ogifta N. L., 60 år, intogs å sjukhuset d. 16 maj 1891. Hon hade en gång genomgått partus. Upphörde att menstruera för 8 år sedan. Sedan i medio af februari hade hon haft blödningar, som voro illaluktande. På sista tiden hafva de påkommit oftare och ymnigare. Inga smärtor. Pat. är till följd af den stora blodförlusten mycket blek, medtagen och matt. Vid undersökning per vaginam kännes yttre modermunnen hård, knölig och sårig samt föga förskjutbar. Ulcerationen, begränsad till uterus, öfvergår icke på vaginas väggar. Uterus ligger bakåt och är nästan omöjlig att förskjuta mellan händerna. Per rectum kännes likaledes den hårda, knöliga, temligen fast fixerade cervix. Parametrierna tyckas fria, med undantag deraf, att en mindre knöl kännes invid rectum strax åt höger. Då vagina var mycket trång och lång, beslöts att uttaga uterus genom sakralsnitt. Urinen albuminfrisk och pat: organ för öfrigt friska.

D. $2^0/_{5}$. *Hysterectomia sacralis*. Vagina och portio vaginalis uteri hade under de närmast föregående dagarne desinfcierats på vanligt sätt. Andra vanliga förberedelser voro också vidtagna. Pat. lades på sin venstra sida. Från trakten af högra synchondrosis sacroiliaca gjordes ett bågsnitt med konvexiteten åt venster genom medellinien ända till spetsen af os coccygis. Derefter afpreparerades de mjuka delarne, så att

högra och nedre delen af korsbenet och os coccygis lågo fria i såret. Os coccygis frigjordes och enukleerades. Strax under högra 3:dje hålet afmejslades os sacrum snedt åt venster, så att snittet på sistnämnda sida förlöpte under 4:de venstra sakralhålet. Sedan ligamenterna genomskurits, aflägsnades med en grof bentång det afmejslade stycket. Den måttliga blödnigen stillades med ligaturer och bäckenfascian genomskars. Under det en skaftad svamp, införd i vagina, markerade dennas läge, dissekerades trubbigt med fingret och skalpellskäft på sidan om rectum, som trycktes undan, in till fossa Douglasii peritonealbeklädnad. Denna var i förevarande fall särdeles tunn, så att tarmslyngor derigenom tydligen afteknade sig. Den öppnades i tillräcklig utsträckning; tarmarne undanskötos; corpus uteri fattades och framdrogs med någon svårighet medelst en klotång. Med temlig lätthet afbundos ligamenta lata i flera partier och genomklippes. Collum uteri betydligt lång, så att man först efter en lång stunds dissekering kom ned till vagina, hvars fästen vid uterus genomskuros. Nu aflägsnades lifmodern med äggstockar och tuber samt en kancerknöl i högra parametriet. Vagina uttamponerades från såret med jodoformgas och såret i densamma hopsyddes med catgut. Peritonealsåret hopfästades noggrant med fortlöpande catgut-sutur. Öfre delen af det stora hudsåret suturerades, den nedre delen lemnades öppen, och sårhålan tamponerades med jodoformgas. Förband. Efter operationen, som räckte $2\frac{1}{4}$ timme, var pulsen temligen god, men på eftermiddagen, natten och under följande dag mycket liten, så att pat. då erhöi en subkutan transfusion af 700 gm koksaltlösning. Derefter höjde sig pulsen och var sedan fortfarande tillfredsställande. D. $2\frac{5}{5}$. Efter lavemang stor afföring. De yttre jodoformtamponerna uttogos och ersattes med nya; den innersta fick ligga orubbad. I dag på aftonen temperaturen 39° .

Sedermera höll sig aftontemperaturen under några dagar på $38,5^{\circ}$, men gick sedan så småningom ned till det normala. Afsöndringen ur såret blef sedermera temligen riklig, så att sekundär sutur först d. $1\frac{3}{6}$ anlades. Ömhet och äfven smärtor hade pat. en tid, men tillståndet var dock i det hela alltid efter operationen ganska tillfredsställande. Såret läkte temligen långsamt, men äfven efter dess läkning kvarstannade pat. en tid på sjukhuset för att i lugn och ro kunna hemta krafter. Utskrefs d. $1\frac{1}{8}$ med en liten kvarstående fistel från det afmejslade benet. Har sedan många gånger visat sig å sjukhuset och sist i oktober 1892, då intet tecken till recidiv kunde spåras. Pat. har blifvit fet och känner sig fullkomligt frisk.

**Bräckstatistik från Sahlgrenska sjukhusets i Göteborg
kirurgiska afdelning under tio-årsperioden 1883—1892
jemte anteckningar om brandiga bräck.**

Af dr Alrik Lindh.

Under åren 1883—1892 hafva härstädes vårdats inalles 306 bräckåkommor, hvaraf 151 fria eller irreponibla bräck samt 155 inklämda bräck. Bland dessa med bräck behäftade personer hafva 176 varit af manligt och 130 af kvinnligt kön; i 193 fall inguinalbräck och 107 kruralbräck. För fria eller *irreponibla* bräck har radikaloperation utförts i 140 fall. Af dessa hafva 2 aflidit, således en mortalitet af omkring $1\frac{1}{2}$ 0/0. De aflidne voro: en 25-års flicka, som intogs d. $\frac{6}{6}$ 1887 för ett litet fritt inguinalbräck. Hon opererades d. $\frac{7}{6}$, hvarvid befans, att bräcksäcken, som var mycket förtjockad af fettbildning i väggen, var tom. Den afknöts på vanligt sätt. Pat. mädde fullkomligt väl — utan feber och peritonealretning — till d. $\frac{11}{6}$, då hon plötsligt kollaberade och dog inom en timme under symptom af hastig, oregelbunden och svag hjertverksamhet. Vid obduktionen kunde intet abnormt påträffas. Den lilla trattformiga hoprynknigen af bräcksäcken låg i samma nivå som peritoneum parietale och var fullständigt hopklibbad, hvadan under gynsamma omständigheter resultatet borde hafva blifvit mycket godt. Äfven hjertat företedde icke några patologiska förändringar. Dödsorsaken således dunkel. Den andra patienten var en 52-årig man, som intogs på sjukhuset d. $\frac{9}{7}$ 1889. Han hade ett fritt, temligen stort inguinalbräck, som icke kunde tillbakahållas med bräckband. Hade ett friskt utseende och företedde inga sjukliga symptom. Operationen d. $\frac{12}{7}$ utfördes utan någon svårighet, men efter densamma uppkommo urämiska symptom och pat. afled d. $\frac{14}{7}$. Obduktionen visade fetthjerta, lefvercirrhos och akut nefrit.

Radikaloperationen har utförts på vanligt sätt med underbindning af bräcksäcken med katgut eller silke samt

extirpation af densamma. I en del fall hafva suturer anlagts på bräckporten, men i största antalet af fallen har denna åtgärd ej vidtagits. Som bekant äro åsigterna bland kirurgerna i detta hänseende delade.

5 fall hafva opererats enligt Bassinis metod, hvar efter i ett par af fallen afstötandet af silkessuturer länge underhållet fortvaron af en fistel och således betydligt fördröjt patientens utskrifning från sjukhuset. Nu sedan jag på hösten erhållit en ugn för torr sterilisation af katgut, som då utan risk kan användas vid denna operationsmetod, torde detta obehag af sutureringen kunna undvikas.

I åtskilliga fall hafva efter radikaloperationen recidiv uppkommit, men pat. hafva dock alltid ernått den fördelen af operationen, att de nybildade bräcken kunnat lätt tillbakahållas med lämpliga bräckband.

Som bekant äro åsigterna om fördelen att använda bräckband efter en dylik operation mycket delade. För min del har jag nästan alltid tillstyrkt patienterna, isynnerhet ur arbetsklassen, att begagna band efteråt, men vanligen brukar det gå till på det sättet, att de snart ånyo lägga bort dem, då de tro sig vara friska. Säkert är, att anlaget för bräck icke borttages genom denna operation, hvarför jag tror, att man gör klokast i att tillråda försigtighet.

Egendomligt nog synas små barn särdeles väl tåla denna operation. Jag har tyckt mig finna, att de reagera nästan mindre än fullvuxna för densamma. 18 barn under 3 år äro bland de opererade, deraf 1 barn endast 5 månader gammalt, ett 7 månader o. s. v. 2 barn (resp. $2\frac{1}{2}$ och 3 år) opererades dubbelsidigt i samma séance.

Bland dessa bräckoperationer hafva förekommit såväl mycket lätta som de allra svåraste fall. Bland mera ovanliga fall, som opererats, erinrar jag mig särskildt en 11-års flicka med dubbelsidigt medfödt inguinal-ovarialbräck. Bräck-säckarne voro medelst ett starkt band neddragna och fästade vid labia majora. Äggstockarne fästade vid en mycket smal och tunn pedunkel, som intimt adhererade vid inguinalkanalens bakre sida ända från inre till yttre bräckporten. Denna pedunkel vågade jag ej lösgöra från kanalens vägg

för att derefter kunna reponera ovarierna fullständigt in i bukhålan, emedan då helt visst deras nutrition skulle hafva lidit och gangrän inträdt. Deremot, sedan jag afklippt de fasta band, som fästade bräcksäckarna till botten af labia, drogo sig äggstockarna och bräcksäckarna genast tillbaka in genom inguinalkanalerna, så att, sedan bräcksäckarna blifvit delvis ligerade och afklippta, den yttre bräckporten kunde hopsutureras. Resultatet blef i alla fall temligen godt, fastän pat. naturligen måste begagna bräckband.

För öfrigt skulle en mängd andra intressanta fall kunna anföras, men min uppsats skulle då blifva alltför lång. I bräcken hafva en och annan gång förekommit coecum, proc. vermiformis, tuba Fallopiæ o. s. v.

3 *nafvelsträngsbräck* hos nyfödda barn hafva opererats; 2 af dessa, der viscera (lefvern etc.) intimt adhererade till bräckhinnorna, afledo, men det tredje blef friskt.

För *inklämnda* bräck hafva under tio-årsperioden 155 personer vårdats å sjukhuset; af dessa hafva 33 aflidit. Således 21 % dödlighet. Medelst taxis eller oblodig reposition hafva 22 blifvit reponerade. Af dessa har 1 aflidit i följd af tarmbrand. De öfriga 133 hafva undergått bräck-operation (herniotomi). Här af hafva 32 aflidit, således en mortalitet af 24 %. Dödsorsakerna hafva i 12 fall varit peritonit, i 7 ileus, i 4 lunginflammation, i 1 enterit, i 3 hjertfel, i 5 funnos inga orsaker till döden (shok eller sepsis?).

Under de fyra sista åren har mortaliteten efter herniotomi varit 18½ % och under de 2 sista åren endast 9½ %, hvilket torde hufvudsakligast bero derpå, att förtroendet till sjukhusvård ökats, så att de sjuka inkommit i ett tidigare stadium.

Af de opererade hade 67 uppnått en ålder af mellan 60 och 80 år. Flera af fallen med letal utgång hade inkommit å sjukhuset, sedan inklämningen fortfarit 6 à 8 dagar, men äfven hafva flera dött, oaktadt de endast haft sin åkomma 1 à 2 dagar. Inkarcerationen i dessa fall hade varit så stark, att i flera fall brand uppkommit. Inalles har *brand* i den inklämnda tarmslyngan förekommit i 28 fall. Af journalerna framgår, dels att flera inklämnda bräck hafva

vårdats under de senare åren än under de första, dels att dödligheten aftagit, så att t. ex. under 1891 endast 1 fall aflod af de för inkarcererade bräck gjorda 20 herniotomierna.

Då det naturligtvis är af stort intresse att jemföra dessa resultat med utgången af dylika operationer å andra ställen, tager jag mig friheten att ur litteraturen anföra den statistik, som stått mig till buds.

Tscherning har i Hospitalstidende 1888 framlagt en statistik öfver de inklämda bräck, som vårdats å kommune-hospitalet i Köpenhamn från 1863—1887, således under 24 år. Enligt ett referat i Centralblatt für Chirurgie 1889 utgjorde inguinal- och kruralbräckens antal 507. Af dessa reponerades 271 medelst bräckoperation och 236 med taxis. Dödsprocenten efter bräckoperation var 29 % (och efter taxis 6 %); under perioden 1872—1888 dock endast 20 %, beroende detta enligt Tscherning icke så mycket af den införda antiseptiken utan fast mera derpå, att man under denna period icke expekterade så länge, innan operationen företogs. Oaktadt således Tscherning icke tillskrifver den under senare delen af denna period införda antiseptiska sårbehandlingen så stor betydelse för mortaliteten, måste den dock vid en jemförelse med mina fall tagas i betraktande. Likaså måste afseende fästas vid den stora mängd af bräck, som kunde medelst taxis reponeras.

Krumm (Beiträge zur klin. Chirurgie 1890) berättar från Heidelbergkliniken om 61 herniotomier för inklämda bräck, hvilka operationer utförts under åren 1877—1889. Af dessa slutade 14 (23 %) med dödlig utgång.

B. Schmidts statistik (Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie XII) öfver 308 operationer för inklämda bräck visar en mortalitet af 36 %; dock vet jag ej, om en del af dessa fall förekommit under den för-antiseptiska tiden. Den sista statistiken, som jag sett framlagd öfver herniotomier för inklämda bräck, är af Rose i Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892 och gäller 803 operationer utförda i Bethanien och i Zürich. Den har följande utseende:

I Bethanien	1847—1865	219	bräcksnitt med 82 dödsfall	= 37,4	% dödlighet
”	”	1871—1881	166	”	” 68 ” = 40,9 ” ”
I Zürich	1868—1881	132	”	” 66	” = 50 ” ”
I Bethanien	1881—1892	286	”	” 79	” = 27,6 ” ”

Det torde ej vara skäl att mera trötta med statistiska uppgifter. Helt visst torde dödligheten efter denna operation på grund af sjukdomens farlighet vara på de flesta sjukhus ungefär lika stor som på de anförda ställena. Och tyvärr torde icke den utbildade tekniken och den antiseptiska sårbehandlingen kunna i någon större grad nedbringa denna mortalitet, förrän allmänheten lärt sig inse, att vid en dylik bräckåkomma hjälp genast bör sökas på ett sjukhus. Blir detta regel, torde dödligheten kunna nedbringas till en försvinnande liten siffra. Visserligen blir ändock faran efter denna operation af lätt insedda skäl alltid något större än efter radikaloperation för fria bräck, men dock ej större, än att herniotomien bör kunna rubriceras under de mindre farliga operationernas klass.

Förnämsta orsaken till det hittills varande dåliga resultatet torde därför sökas deruti, att den sjuka så länge uppskjutit det operativa ingreppet, att den inklämda tarmen råkat i brand, och det är just om dessa *brandiga* bräck som jag ber få offentliggöra några anteckningar.

Af de 133 inklämda bräck, som under 10-årsperioden behandlats med herniotomi, hafva 28 fall företett *brand* i den inklämda tarmslyngan, och af dessa brandiga bräck hafva 12 fall medfört döden, således en dödsprocent af 43 %.

Att dödligheten är stor vid brandiga bräck, känner hvarje kirurg, och den statistik, som finnes att tillgå, visar det äfven. Så har Poulsen i Hospitalstidende 1889 enligt ett referat i Centralblatt für Chirurgie 1889 gifvit en öfversigt af de 32 brandiga bräck, som operativt behandlats med resektion eller anus præternaturalis å kommunehospitalen under åren 1863—1888. 1 af dessa bräck behandlades med tarmresektion och dog; af de öfriga 31, på hvilka anus præternaturalis anlades, dogo 26. Cohn (Berliner klin. Wochenschrift 1889) redogör för resultaten af behandlingen af brandiga bräck å Friedrichshain 1880—1888. Vid

220 herniotomier fans brandig tarm i 31 fall, hvaraf 23 dogo. Resektion gjordes i 5 fall med 60 % mortalitet. Anus præternaturalis anlades i 26 fall med 20 dödsfall = 77 %. Körte (enligt referat i Centralblatt für Chirurgie 1889) har samlat en något bättre statistik. Efter tarmresektion 52 % mortalitet och efter anus præternaturalis 57 %.

I den statistik öfver 168 med resection eller anus præternaturalis behandlade brandiga bräck, hvilken Mikulicz (Berliner klin. Wochenschrift 1892) sammanfört från uppgifter af Czerny, Riedel, Kocher, Hagedorn, Hahn, Poulsen och sin egen klinik, hafva 109 fall dött. Af dem, som behandlades med anus præternaturalis, dogo $76\frac{1}{2}$ %; af dem som resekerats 47 %. Mikulicz har opererat 7 brandiga bräck medelst anläggande af anus præternaturalis. Alla fallen dogo. Här å Sahlgrenska sjukhuset har som redan blifvit nämnt under tio-årsperioden mortaliteten af brandiga bräck, som opererats, varit 43 %. Jag medräknar naturligtvis icke häruti de fall, der gangrän i den repone-rade tarmen först upptäcktes vid obduktionen. För öfrigt är min statistik ej fullt jemförlig med de ofvannämnda, emedan jag äfven användt andra operationsmetoder för brandiga bräck än tarmresektion och anus præternaturalis.

Den vanligaste dödsorsaken efter bräckoperationer — vare sig bräcken varit brandiga eller ej — torde väl vara den *septiska peritoniten*, om hvars orsak man länge sväfvat i ovisshet. Visserligen kan den lätt förklaras, då en perforation af tarmen inträdt, men dylika fall äro dock icke de vanligaste, ty ofta ser man efter en, som man tror, lyckad bräckoperation pat. affida, och vid sektionen finner man ingen perforation, men tarmslyngorna belagda med en fibrinös beläggning och intimt adhererande vid hvarandra eller också en rent af varig peritonit. Väl torde man i åtskilliga fall kunna antaga, att inflammationen efter operationen sträckt sig från den af det stinkande s. k. bräckvattnet inficerade bräcksäcken inåt bukhinnan, men den egentliga och mest förekommande orsaken torde väl vara den, Bönnecken angifver. Ty han har vid sina undersökningar funnit patogena tarmbakterier redan i ett tidigt stadium af inkarcera-

tionen genomtränga den intakta tarmväggen icke blott i den inklämda slyngan, utan äfven i det intraperitonealt belägna tillförande tarmstycket och förorsaka en septisk peritonit. Han till och med tror, att de giftiga produkter, som dessa bakterier utveckla i bukhålan, kunna åstadkomma död till följd af peritonealsepsis redan innan en verklig peritonit utvecklats sig. De många fall af bräckopererade, som affidit, utan att man vid sektionen kunnat finna någon dödsorsak, torde också i någon mån tala för denna åsigt. Att icke alltid under dylika förhållanden utgången blir letal, tror Mikulicz bero derpå, att peritoneum eger god motståndskraft samt förmåga att absorbera och oskadliggöra en del sådana bakterier. Då mängden af dessa giftiga ämnen blir för stor, eller motståndskraften hos den af sjukdomen ned-satta personen blir försvagad, inträder lokal och allmän infektion. Den tarmperforation, som utsläcker lifvet hos personer med brandiga bräck, kan utgå dels från den inklämda slyngan, dels från sjelfva insnörningsstället och dels slutligen från den tillförande slyngan. Från sjelfva den inklämda tarmen torde väl en dödbringande perforation sällan utgå i annan form än genom en periherniös phlegmone, emedan bräcksäcken är genom starka adherenser skild från bukhålan. Deremot händer någon gång, fastän sällan, att branden å inklämningsstället kan gifva anledning till en perforation inåt bukhålan. Vanligast är väl, att under operationen efter debrideringen och vid oförsigtigt dragande på den inklämda slyngan perforation kan uppstå å den brandiga inklämningsfåran och tarminnehållet tömma sig inåt bukhålan. Mikulicz opererar därför nu för tiden dylika bräck på så sätt, att han klyfver bräckringen inifrån sjelfva bukhålan, som han först öppnat i bräckets omedelbara granskap. Större anledning till fara för perforation gifver dock den tillförande tarmslyngan, och enligt Mikulicz är det intet tvifvel derom, att det stora flertalet af dödsfall efter inklämda bräck har sin grund i de patologiska förhållandena i denna slynga. Som bekant samlar sig i detta tarmstycke en stor mängd tunnflytande, fäkulent luktande innehåll, hvilket man antager vara en blandning af profust tarmsekret och rester af födo-

ämnen. I denna stagnerande, stinkande vätska utveckla sig naturligen förruttelseprodukter, bakterier och andra giftiga ämnen (toxin). Om dessa absorberas, kunna de dels som ofvan nämnts orsaka en allmän intoxication och möjligen döda, dels kunna de befintliga patogena bakterierna angripa sjelfva tarmväggen. Ytliga, ibland djupa ulcerationer uppkomma till en början på slemhinnan och derefter i de andra delarna af tarmväggen, som slutligen perforeras på ställen, som kunna vara ganska långt aflägsna från sjelfva inklämningsstället.

Äfven Tscherning fäster uppmärksamheten derpå, att gangrän vanligen börjar i slemhinnan. Bland 24 fall, som vid sektionen noga observerades, utgick branden från slemhinnan i 23 fall; endast i ett fall trängde den utifrån och inåt.

Äfven om de sjuka undgå alla dessa faror från peritonealhålan och tarmen, kan döden träffa dem i följd af metastatiska sjukdomar, utgångna från bräckregionen, oftast i lungorna. Gussenbauer förklarar denna ofta förekommande komplikation bero derpå, att septiska tromber från de små venerna och kapillärerna i det inklämda tarmstycket efter inkarcerationens lösning kastas in i cirkulationen och föranleda små lungembolier. Lesshaft (Virchow und Hirsch, Jahresbericht 1890) åter kommer på grund af sektionsprotokoll och djurförsök till den slutsats, att alla vid inklämda bräck uppträdande lunginflammationer blott äro »Schluckpneumonier» och icke lunginfarkter i sammanhang med förändringarne i tarmen. Hvad nu orsaken än månde vara, visst är, att lunginflammation är en tyvärr rätt vanlig följeslagare till inklämda bräck, och i min statistik förekomma icke mindre än 5 fall, der pneumoni förevarit, och 4 fall, der pat. affidit i följd af denna komplikation.

Efter en lyckad taxis för icke-brandiga bräck bruka de patologiska förändringarne i peritoneum gå tillbaka, men någon gång händer äfven, att i sådana fall en peritonit och t. o. m. brand kan tillstöta och ända pat:s lif. I ett af mina fall, der pat. ej tillät operation, gjordes taxis. Bräcket reponerades lätt. Pat. afled dock 2 dagar derefter, och vid

sektionen befans, att bräckkanalen var fri, men i närheten upptäcktes en 10 cm. lång brandig tarmslynga, som dock ej framkallat någon inflammation i omgifningen men tycktes vara impermeabel för tarminnehåll. Dessutom pneumoni.

För att nu återkomma till min statistik skulle jag vilja indela de brandiga bräcken i följande grupper:

1. tarmbranden begränsad till mindre fläckar;
2. tarmbranden uppträdande i större begränsade fläckar;
3. utbredd diffus brand i tarmslyngan;
4. diffus brand i tarmslyngan med periherniös phlegmone.

Slutligen vill jag bifoga några anteckningar om de fall, der branden icke märkts vid operationen, utan tilltagit efter repositionen och upptäckts först vid sektionen.

1. *Mindre begränsade brandfläckar i den inklämda tarmslyngan.*

Temligen ofta ser en någorlunda sysselsatt kirurg det inklämda tarmstycket i sin helhet vara fullt friskt och lefnadskraftigt, under det att å detsamma förekomma en eller flera smärre brandiga fläckar, hvilka kunna hafva sin plats antingen i sjelfva insnörningsfåran eller å midten af slyngan. Vid dylika fall tillgriper man naturligen icke så farliga operationer som tarmresektion eller anus præternaturalis, utan åtnöjer sig med att vika in den brandiga fläcken emellan tvänne tvärveck af tarmen, hvilka förenas med en eller två rader serosasuturer. Förmodligen hafva kirurgerna gjort så i mångfaldiga år, fastän Lindner i en uppsats i Berliner klin. Wochenschrift 1891 framställt metoden som vore den nästan ny. Dieffenbach, Cooper m. fl. hafva vid partiel gangrän bortskurit den brandiga fläcken och anlagt tarmsutur. I alla händelser är det en särdeles god behandlingsmetod, då brandfläckarna icke äro större, än att efter invikningen tarmen icke är för mycket förträngd utan fullt permeabel. Af de fall, i hvilka jag användt metoden, har endast 1 fall dött (tarmparalysi). I ett fall har jag vågat begagna mig af detta förfaringssätt, der insnörningsfåran till och med i sin hela omkrets var brandig, och lyckats. Icke i något af mina fall hade dock ännu perforation å brandstället upp-

kommit före eller vid herniotomien, men i Lindners fall, som också gick till helsa, var tarmslyngan »fullständigt svart», men serosan speglade, och en $2\frac{1}{2}$ em. lång, några millimeter bred strimma tydligt gangränös med en knappålshufvudstor perforationsöppning förefans, således ett fall, som jag knappast vågat anse passande för denna metod. Möjligen bör man ibland fixera slyngan efter repositionen vid bräckporten, och jag har äfven så gjort i ett par fall.

1. 78-års qvinna intogs å sjukhuset d. $\frac{8}{1}$ 1885. Kruralbräck inklämdt 4 dagar. Strax efter inkomsten herniotomi. Ett litet stycke af den inklämda tarmen brandigt, hvarför det medelst anläggande af suturer å den omgifvande serosan veks inåt tarmlumen. Död dagen derpå. Vid sektionen befans tarmstycket hopfallet till en blyertspennas tjocklek och med adherenser fästadt till bräckporten. I öfrigt intet att anmärka. Ingen peritonit.

2. Man, 25 år, intogs d. $\frac{26}{1}$ 1887. Inguinalbräck inklämdt sedan 6 timmar + chancre + gonorrhé. Taxis under kloroformnarkos tycktes förminska bräcket, men en liten svulst kvarstod dock, hvilken pat. påstod sig hafva alltid haft. Öppning efter laxans. Kräkning. Vägrade operation. D. $\frac{27}{1}$. Kräkningar. Öppning efter lavemang. Tillät operation på aftonen. I bräcksäcken låg inklämdt ett 6—9 em. långt tunnarmstycke jemte oment. Stark inklämning i inre bräckporten, så att tarmen der var på ett ställe missfärgad, hvarför lades ett par katgutsuturer å serosan på ömse sidor om det brandiga stället, hvilket på detta sätt lätt drogs in i ett veck. Suture på mesenteriet för att hålla tarmen i närheten af bräckporten. Pat. mätte väl hela tiden, men fick ändock qvardröja till d. $\frac{16}{3}$, emedan ett ytligt sår uppkom efter ett par suturers för tidiga borttagande.

3. Qvinna, 39 år, intogs d. $\frac{18}{6}$ 1887. Inguinalbräck (hernia littrica) inklämdt sedan 3 dagar. Ej haft bräck förut. Herniotomi på inkomstdagen. Ett tarmdivertikel stort som ett 1-öre befans inklämdt och brandigt. 5 suturer lades genom serosan å ömse sidor om fläcken, som derigenom blef inviken, utan att passagen i tarmen derigenom syntes blifva hindrad. Sedan bräckporten blifvit mycket debriderad, reponerades tarmen, hvarvid en stor mängd klar serös vätska uttrann ur bukålan. Radikaloperation gjordes ej, utan dränerades bräcksäcken. Godt förlopp. Utskrefs frisk d. $\frac{23}{7}$.

4. Qvinna, 67 år, intogs d. $\frac{17}{12}$ 1890. Kruralbräck inkarcererad sedan 7 dagar. Aldrig haft bräck förut. Opera-

tion genast efter inkomsten. Bräcket innehöll ett stycke oment, som afknöts, och en tunntarmslynga, som vid det ena inklämmningsstället hade en aflång brandfläck, som gick nästan omkring halfva tarmens omkrets. Fläcken inveks mot lumen med några suturer i serosan och sedan tarmslyngan blifvit reponerad, fästades den vid huden med en sutur. Efter operationen tillståndet hela tiden tillfredsställande. Hennes utskrifning fördröjdes genom decubitus och en periphlebit å vaden till d. $\frac{3}{2}$ 1891.

5. Qvinna, 72 år, intogs d. $\frac{3}{11}$ 1892. Kruralbräck inklämdt sedan 4 dagar. Förut irreponibelt bräck. Operation vid inkomsten. I bräcksäcken oment jemte en tunntarmslynga, som hade ett friskt utseende utom vid inklämmningsstället, der den ena branchen af slyngan var brandigt missfärgad rundt omkring hela tarmen, men serosan dock ännu glänsande. Med 5 suturer förenades serosaytorna rundt om inklämmningsstället, som sålunda inveks, utan att för mycket inkräkta på tarmens lumen. Ostördt förlopp hela tiden efter operationen. Utskrefs frisk d. $\frac{22}{11}$.

2. *Större begränsade brandfläckar på den inklämda tarmslyngan, som i öfrigt hade ett friskt utseende.*

Af nedanstående sjukhistorier skall man finna, att den circumskripta gangränen haft så stor utbredning, att föregående metod (fläckens invikning inåt tarmen) icke kunnat användas på den grund, att i sådant fall tarmens lumen skulle hafva blifvit så förträngdt, att tarmobstruktion skulle hafva blifvit den sannolika följden. Å andra sidan har jag icke kunnat besluta mig för de vanliga metoderna — resektion eller anläggning af anus præternaturalis — vid sådana fall af begränsad brand, då ju tarmslyngan för öfrigt haft ett friskt utseende och ingen perforation ännu varit för handen. Utan att någonstädes i litteraturen hafva sett något förfarande liknande mitt vid dylika fall, har jag likväl ansett mig våga reponera tarmslyngan och med suturer fixera det brandiga stället vid inre bräcköppningen och midt för densamma i förlitande på det bekanta faktum, att vid suturer serösa ytor emellan adherenser mycket hastigt uppstå, och i förhoppning, att — ifall perforation sedermera skulle uppkomma — tarmen på några få timmar skulle vara så fastklibbad till omgifningen, att tarminnehållet skulle

tömna sig genom buksåret och icke intränga i bukhålan. Dessa mina förhoppningar hafva också gått i fullbordan och i ännu högre grad, än jag väntat, enär i mina fall ingen enda gång tarmfistel visade sig. Visserligen fick ett fall letal utgång till följd af en circumskript varig, men ej fäkal peritonit. I detta fall visade sig symptom af ileus, så att 2 dagar efter operationen tarmslyngan, som ännu ej perforerats utan tvärtom såg ganska bra ut, måste framdragas och öppnas, samt en anus præternaturalis bildas. Att sterkoralfistel egendomligt nog ej i något fall uppkom, kan visserligen i någon mån bero derpå, att i ett och annat fall det misstänkta partiet i tarmen efter repositionen återtog sin lifskraft, men i några fall, der branden var alltför tydligt utpräglad, måste man taga sin tillflykt till den förklaringen, att bräckportens mjuka partier lade sig intill den brandiga fläcken, sammanväxte med densamma ränder och bildade ett kraftigt skydd mot perforation utåt. Jag har, som redan är nämnt, icke heller ansett mig kunna använda detta förfaringssätt, då perforation redan inträdt, utan endast i sådana fall, der jag haft anledning hoppas, att det misstänkta stället kunde motstå perforationen en dag eller åtminstone några timmar.

6. 70-års qvinna, intogs d. $\frac{8}{12}$ 1883. Kruralbräck inklämdt sedan ett dygn. Operation strax efter inkomsten. Å den inklämda tunntarmslyngan en 1-öre-stor grågul, brandig fläck. Tarmen för öfrigt frisk. Ett par silkesuturer lades genom serosan bredvid och å ömse sidor om denna fläck. Tarmen reponerades och suturerna fästades vid huden, så att fläcken kom att ligga tätt mot bräckporten. Ingen radikaloperation utfördes efteråt, utan bräckkanalen lemnades öppen med ett dränrör. Efter operationen tillståndet godt hela tiden. D. $\frac{18}{12}$ afföring efter laxans. Intet tecken af sterkoralfistel. Utskrefs läkt d. $\frac{9}{1}$ 1884.

7. Man, 68 år, intogs d. $\frac{19}{4}$ 1887. Kruralbräck inklämdt sedan 4 dagar. Operation strax efter inkomsten. Bräcksvulsten innehöll en tunntarmslynga, som visade en stor brandig fläck, upptagande tarmens halfva omkrets med lika utsträckning i längd. Äfven i omgifningen af detta ställe såg tarmen icke fullt frisk ut, men icke brandig. Å ömse sidor om det brandiga partiet lades några suturer genom serosan. Tarmen reponerades, och suturerna fästades i operationssårets

ränder, så att den brandiga fläcken tryckte mot bräckkanalens inre öppning. Dränage af såret in till tarmen. Tillståndet efter operationen hela tiden tillfredsställande. D. $2^8/4$. Af-föring efter laxans. Aldrig märktes några exkrement utkomma ur såret. Utskrefs läkt d. $3^0/5$. Pat. har under de sista åren flera gånger visat sig på sjukhuset och icke haft något obehag af sitt bräck.

8. Qvinna, 67 år, intogs d. $3/3$ 1889. Kruralbräck inkarcereradt sedan 4 dagar. Operation samma dag hon inkommit. En del af den framfallna tarmslyngan såg missfärgad ut, hvarför den misstänkta delen efter repositionen fästades på vanligt sätt mot bräckkanalens inre öppning. Efter operationen var tillståndet hela tiden tillfredsställande. Ingen misstänkt sekretion från såret. Utskrefs frisk och läkt d. $1^0/4$.

9. Qvinna, 62 år, intogs d. $11/3$ 1889. Kruralbräck inklämdt sedan 4 dagar. Herniotomi genast efter inkomsten. Den inklämda tunntarmslyngan såg på ett ställe dålig och missfärgad ut, hvarför den efter reposition fästades på samma sätt som i de föregående fallen vid operationssåret. Bräck-säcken hopsyddes delvis, emedan pat. besvärades af svår hosta. D. $1^2/3$. Tillståndet jämförelsevis godt. Sömn och puls goda. Något väder har afgått. D. $1^3/3$. Tillståndet försämradt. Hvarken väder eller fæces vilja afgå oaktadt lavemang. Buken spänd och öm. Buksåret öppnades och dilaterades. Tarmslyngan framdrogs utanför såret och såg nu ganska frisk ut. Anus præternaturalis anlades, hvarefter riklig mängd af exkrement afdingo. Död d. $1^5/3$. Sektionen visade partiel peritonit i närheten af buksåret och något litet var i fossa Douglasii. Någon perforation af tarmen kunde icke upptäckas.

10. Qvinna, 59 år, intogs d. $1^3/4$ 1890. Inguinalbräck inklämdt sedan 5 dagar. Operation vid inkomsten. Bräck-säcken innehöll ett stycke oment och en divertikel af tunn-tarmen (hernia littrica). Vid den ena sidan af inklämnings-stället var tarmen gangränerad i så pass stor utsträckning, att fläcken ej kunde invikas. Sedan omentet blifvit ligeradt, afklippt och reponeradt, anlades 4 suturer genom serosan omkring den brandiga fläcken. Tarmen reponerades och suturerna fästades i buksårets kanter, så att fläcken kom att ligga mot inre bräckporten. Bräck-säcken exstirperades och hopsyddes delvis. D. $1^9/4$ läkt. Ingen fäkal afsöndring ur såret hade förevarit. Tillståndet godt hela tiden. D. $2^6/4$. Rätt stort infiltrat omkring ärrret. Incision. Temlig långvarig suppuration utan fäkal tillsats. Utskrefs läkt d. $2/6$.

11. Qvinna, 54 år, inkom d. $2^2/5$ 1890. Inguinalbräck inklämdt sedan 5 dagar, men hon påstod sig dock hafva haft

öppningar och väderafgång de sista dagarna. Herniotomi en stund efter inkomsten. Bråcket innehöll en tunntarmslynga. Vid inklämningsstället syntes börjande brand i tarmen i form af smala missfärgade strimmor. Tarmen reponerades dock och det brandiga stället fästades vid bräckportens insida. Förloppet godt. En periphlebit på låret fördröjde hennes utskrifning till d. $2^2/7$.

12. Qvinna, 52 år, intogs d. $3/4$ 1891. Krural-divertikel-bräck inklämdt sedan 4 dagar. Fäkalkräkningar, men öppningar flera gånger de sista dagarna. Operation en stund efter inkomsten. Ett hasselnötstort parti af tunntarmsväggen var inklämdt med starkt missfärgade, halft 10-öre-stora gråaktiga fläckar. Hotande gangrän. Tarmen i öfrigt starkt injicerad, tjock, blårod och något matt på serosan. Efter debridering och reposition fästades detta parti på vanligt sätt vid bräckportens insida. Efter operation var tillståndet godt hela tiden. Utskrefs läkt d. $2^4/4$.

13. 55-års qvinna intogs d. $17/10$ 1891. Kruralbräck inklämdt sedan 2 dagar. Vid inkomsten matt och klen, nästan kollaberad. Dålig puls. Herniotomi genast. I bräcksäcken en tunntarmslynga, i hvars midt fans ett missfärgadt grått ställe, stort som en 10-öring, dessutom oment som afknöts. Efter tarmens reposition fästades på vanligt sätt den brandiga fläcken intill bräckporten. Bräcksäcken exstirperades, men afknöts endast till hälften. Dränage. Efter operationen tillståndet hela tiden mycket godt. Utskrefs läkt d. $1^4/11$.

3. *Diffus, tydlig brand i den inklämda tarmslyngan.*

Under sådana förhållanden har man endast att välja mellan tvänne operationsmetoder, nämligen anläggande af anus præternaturalis och tarmresektion. Det kan ej vara min uppgift att söka utreda denna svårlösta fråga, som redan under lång tid stått och fortfarande står på dagordningen vid de kirurgiska kongresserna och i den medicinska litteraturen. Jag får åtnöja mig med att framlägga min lilla erfarenhet i saken.

Till en början tycktes tarmresektionen mottagas med mycken entusiasm af kirurgerna i allmänhet, och resektioner utfördes både der de borde göras, och der de ej borde ifrågakomma. Bakslaget kom i form af en ogynsam statistik, och ånyo kom den gamla metoden — anus præternaturalis — till heders. Dock hafva under de allra sista åren åter

kraftiga röster höjt sig för resektionens fördelar i lämpliga fall. Min lilla erfarenhet talar med bestämdhet också för tarmresektionen, ty efter anläggning af anus præternaturalis i 7 fall har jag förlorat 6 ($85\frac{1}{2}\%$). Deremot hafva här å sjukhuset för gangränösa bräck utförts 7 tarmresektioner, af hvilka 4 gått lyckligt.

Hvardera metoden har som vanligt sina fördelar och nackdelar. För *anläggande af anus præternaturalis* vid dylika bräck talar först och främst dess jemförelsevis hastigare utförande, hvilket naturligen är af stor betydelse, då det rör en djupt nedsatt och kollaberad person, samt det obehindrade affödet af den mängd fäkalliknande innehåll, som finnes i den tillförande tarmdelen. Vidare kan man tycka detta tillvägagående vara lämpligare än en resektion, då redan brand i bräcksäcken och en periherniös phlegmone uppkommit.

Mot detta operationsförfarande talar å andra sidan den inanition, för hvilken pat. lätt kan duka under, ifall den inklämda slyngan utgör en del af högt upp belägen tarm, likasom de efteroperationer, som blifva nödvändiga för att sedan tillsluta denna anus præternaturalis. Vidare kan man icke undvika att tänka på alla de stora obehag och besvärigheter, en anus præternaturalis medför, och hvilka kunna bringa dess innehafvare till förtviflan. Dessutom är det bekant, huru ofta ileus uppkommer efter anläggande af en dylik anus. Till en början kan den funktionera bra nog, men efter någon tids förlopp blir afgången af fæces allt svårare, och slutligen inträder fullständig tarmobstruktion till följd af de sammanväxningar och vridningar tarmen gör. Så har också förhållandet varit i flera af mina fall. I det stora hela kan man med Mikulicz gerna instämma deruti, att man vid anläggandet af anus præternaturalis arbetar med obekanta storheter, så att den sjukes öde mindre beror af vårt ingrepp än af tillfälligheter.

Man har försökt att genom åtskilliga modifikationer förminska faran af en anus præternaturalis, och några af dessa kunna i detta sammanhang nämnas. Helferich (Archiv für Chirurgie 1890 och Centralblatt für Chirurgie

1890) föreslår, att redan vid misstänkt brand i tarmslyngan göra en entero-anastomos emellan det tillförande och afförande tarmstycket och minst en handbredd ofvan inklänningsstället. Naturligen reponeras den delen af slyngan, der anastomosen finnes, in i bukhålan, fastän den för öfrigt lägges utanför operationssåret. Blir slyngan frisk, kan den lätt reponeras in i bukhålan, blir den brandig, måste en anus præternaturalis bildas. Denna kommer naturligen då att blifva mycket gynsamare för pat., dels därför att kommunikation finnes inuti bukhålan mellan tillförande och afförande tarm, och dels därför att den af lätt insedda skäl lättare kan sedermera med operation tillslutas. Man har mot denna metod anmärkt, dels att entero-anastomosen kräfver lika lång tid att göra som en resektion, dels att anastomossåret i tarmen har så stor benägenhet att sammandraga sig, att man i alla fall måste underkastas anus præternaturalis den vanliga efterbehandlingen. Czerny (Berliner klin. Wochenschrift 1881) och Krumm (Beiträge zur klin. Chirurgie 1890) föreslå, att man vid långt framskriden gangrän i bråcksäck och tarm bör åtnöja sig med en enkel incision i den brandiga slyngan och inläggande af dränrör i densamma. Jag har äfven så gjort i ett fall. I allmänhet gillas dock ej ett dylikt förfarande af andra framstående kirurger, som under alla förhållanden framdraga tarmslyngan. Dock torde väl ett och annat fall finnas, der kollapsen är så stor och gangränen så utbredd, att detta är det allra mesta i operativ väg, man kan våga sig på.

Riedel anser det vara fördelaktigt att först anlägga en anus præternaturalis och sedan göra tarmresektion 24 timmar derefter. En annan kirurg föreslår att göra tarmresektion 2 à 3 veckor efter bildandet af anus præternaturalis o. s. v.

För *primär tarmresektion* talar naturligen i första rummet den omständigheten, att man derigenom vinner så godt som normala förhållanden i tarmkanalen — om allt går väl. Allt sjukt aflägsnas. Nutritionen lider ej. Alla de obehag, för hvilka en anus præternaturalis utsätter pat., besparas. Inga efteroperationer behöfva göras, och pat. kan

vara frisk och arbetsduglig inom några få veckor. Den är således idealet för en operation för brandigt bräck. Men dock har den sina skuggsidor. Det är ofta mycket svårt att veta, huru mycket af tarmen skall resekeras, eller att afgöra, om man — hvad den tillförande utspända tarmslyngan beträffar — har att göra med ett friskt, fastän hyperämiskt tarmparti eller en tarm, som redan är så hem-sökt af cirkulationsrubbningar, att sekundär gangrän och perforation kunna befaras. Också hafva en mängd resektioner misslyckats just till följd af denna sekundära gangrän i en tarmdel, som man vid operationen trodde vara frisk. Att, som Kocher föreslår, borttaga all misstänkt tarm, anser Mikulicz knappast möjligt, då lättare cirkulationsrubbningar i den tillförande slyngan kunna ibland förefinnas ända upp mot början af jejunum. En måttlig venös hyperämi, som vanligen finnes i stor utbredning på tarmen, är enligt M. ofarlig, dock må man ej försumma att noga undersöka slemhinnan å det resekerade stället, ty från densamma utgår oftast, som redan är nämnt, branden. För öfrigt tillråder M. att låta tarmslyngan ligga framme några minuter, innan man gör sin resektion. Till följd af de förändringar, som under denna tid inträda i densamma, kan man lättare bestämma resektionslinien.

Såsom en vidare invändning mot resektionen har anförts den insufficiens, som mången gång kan uppkomma i sutureringen och som gifver anledning till septisk peritonit. Mikulicz tror sig förminska faran af en dylik utgång derigenom, att han lemnar det ganska stora såret i bukväggen öppet, tamponerad med jodoformgas. Jag har redan nämnt, att han vid brandiga bräck icke debriderar bräckporten inifrån utåt utan tvärtom, derigenom att han först gör en mindre laparotomi i bräckportens omedelbara närhet. Är pat. mycket kollaberad, så kan man också lägga resektionen, i motsats till bildande af en anus præternaturalis, till last, att den kräver allt för lång tid, är mera ingripande och fordrar längre narkos. Alla kirurger äro nog ej så öfvade och raska som M., hvilken icke behöfver mera än en half timme för anläggande af tarmsömmen. Äfven antager man

med ett visst berättigande, att vid utbredd brand i bråcksäcken och infektiös sönderdelning i omgifvande väfnader faran af en infektion af peritoneum vid tarmresektion blir för stor. Kocher invänder visserligen, att man vid tillräckligt framdragande af tarmen, noggrann excision af allt som är brandigt i omgifningen, provisoriskt tillslutande med jodoformgas af bukhålan under operationens utförande och omsorgsfull desinfektion af operationssåret kan ernå tillräcklig asepsis, åtminstone lika bra som vid anläggande af anus præternaturalis, men säkert är dock, att de flesta kirurger vid dylika långt gångna fall föredraga anus præternaturalis. Om jag således sammanställer alla invändningar för och mot resektionen, anser jag, stödd på min ringa erfarenhet, denna operationsmetod vara kontraindicerad endast i alla de fall, der pat. redan befinner sig i ett så kollaberadt tillstånd, att han ej kan anses tåla vid narkosen och en så pass ingripande och långvarig operation. Vidare då, som ofvan är nämnt, bråcksäcken och dess omgifning är stadd i mycket framskridet brandigt och infekteradt tillstånd. En ytterligare kontraindikation torde förefinnas i privat praxis, ifall operatören icke är i besittning af den teknik, som erfordras, och saknar nödig assistens.

a) *Anläggande af anus præternaturalis*

har här utförts i 7 fall, af hvilka 6 afidit. Således en mortalitet af ungefär $85\frac{1}{2}$ %. Flera af dessa pat. voro djupt nedsatta och kollaberade med mycket utbredd brand. Jag vill ej trötta med att utförligt anföra deras sjukhistorier, då de ej kunna vara af så stort intresse, utan relaterar endast dödsorsaken samt mera fullständigt det fall, som öfvergick till helse. Operationerna utfördes på vanligt sätt utom i ett fall, der tarmen icke framdrogs utan endast dränerades.

14. 46-års qvinna, intogs d. $\frac{7}{9}$ 1883. Kruralbräck. Död 4 dagar efter operationen af ileus.

15. 42-års qvinna, intogs d. $\frac{24}{3}$ 1884. Kruralbräck inklämdt sedan 3 dagar. Död 6 dagar efter operationen af ileus.

16. Man, 60 år, intogs d. $\frac{9}{9}$ 1887. Inguinalbräck inklämdt sedan 5 dagar. Död 5 dagar efter operationen. Lindrig peritonit. Fetthjerta med valvelfel. Börjande lunginflammation.

17. Kvinna, 30 år, intogs d. $\frac{8}{5}$ 1888. Kruralbräck inklämdt sedan 5 dagar. Död 7 dagar efter operationen. Ingen peritonit. Den närmast anus præternaturalis liggande delen af den tillförande slyngan var något utspänd, slapp och på mer än en fots längd svartblå, men ej brandig. Från öfriga organ intet att anmärka.

18. Man, 53 år, intogs d. $\frac{15}{2}$ 1889. Inguinalbräck inklämdt sedan 2 dagar. Bräckregionen svullen och ödematös. Strax efter inkomsten herniotomi. Stinkande innehåll i bräck-säcken. Perforation af den brandiga tarmen, som framdrogs och fästades i bräckporten. Efter operationen tillståndet temligen bra. Närande lavemang. Insprutning af föda genom den afförande slyngan. Tillståndet blef allt bättre, så att redan d. $\frac{11}{3}$ tarmsax kunde anläggas. Den fördrogs godt och skar igenom d. $\frac{19}{3}$. D. $\frac{27}{3}$. Dagliga lavemang hafva gjorts med ringa resultat. Det mesta afgår ännu genom fisteln. Änjo anlades tarmsaxen. D. $\frac{16}{4}$. Sedan operationen har nu genom fisteln afgått endast något slem och sekret. Afföring rätta vägen. D. $\frac{2}{5}$. Någon gång lindrig fäkalfång genom fisteln, hvars kanter i dag uppfiskades och hopsyddes. D. $\frac{3}{6}$. Fisteln har äno brutit upp och ekrement ibland derifrån utkommit. Tillståndet för öfrigt godt och rikliga afföringar per rectum. Äno operation på så sätt, att tarmen lossades från fistelgångens väggar. Det frigjorda tarmrörets kanter vekos inåt tarmlumen, hvarpå deras yttre ytor syddes mot hvarandra. En hudbrygga sköts sedan öfver fisteln och fixerades. D. $\frac{19}{6}$. Operationssäret läkt p. p., håller godt, men ett ytligt sår uppkom sedermera, som fördröjde pat:s utskrifning till d. $\frac{3}{8}$, då han var läkt.

19. Kvinna, 52 år, intogs d. $\frac{11}{6}$ 1889. Inguinalbräck inklämdt sedan 2 dagar. Hade hela tiden befunnit sig väl efter operationen. Ingen anmärkningsvärd afmattning. Kollaps och död 22 dagar efter operationen. Vid obduktionen fans ej spår af allmän eller circumskript peritonit. Ingen perforation. Fasta adherenser omkring anus præternaturalis, som låg i ileum 1— $1\frac{1}{2}$ fot ofvan coecum. Intet abnormt i öfriga organ. Ingen dödsorsak kunde upptäckas.

20. Kvinna, 68 år, intogs d. $\frac{2}{11}$ 1890. Kruralbräck inklämdt sedan 3 dagar. Död 4 dagar efter operationen. Sektionen visade inga spår af peritonit. Tunntarmslyngan, fästad vid bräckporten med fasta adherenser, utgick 4 fot ofvan coecum. Ileus hade uppkommit genom afsnörning af tunntarmen på så sätt, att den i bräckporten fastsydda slyngans mesenterium var starkt spändt och bildade en sträng, som sammantryckte underliggande tunntarmar. Öfriga organ friska

b) *Tarmresektioner*

hafva under 10-års-perioden utförts i 6 fall, hvaraf 3 aflidit.

Inalles hafva dock å Sahlgrenska sjukhuset gjorts 7 tarmresektioner för brandiga bräck, af hvilka en med lyckligt resultat redan 1882. Äfven denna tar jag mig friheten här relatera, fastän den icke är gjord under den period, hvars bräckstatistik jag behandlat. Mortaliteten vid tarmresektion härstädes således 43 $\frac{0}{100}$.

Man, 48 år, intogs d. $\frac{2}{10}$ 1882. Inguinalbräck inklämdt sedan 4 dagar. Operation d. $\frac{2}{10}$. (Op. dr Salén. Fallet relateradt i »Eira» 1882.) Bräcksäcken innehöll en duffäggstor tunntarmslynga, i hvilken fans en 2-öre-stor brandfläck. 7 cm. tarm resekerades. Kilformig excision af mesenteriet. Tarmsuturer enligt Joberts metod. Godt förlopp.

21. Man, 51 år, intogs d. $\frac{29}{5}$ 1883. Inguinalbräck inklämdt sedan 2 dagar. Operation vid inkomsten. Den inklämda tarmslyngan brandig, resekerades i en längd af 8 cm. Mesenteriet underbands med 2 ligaturer utan kilformig excision. Tarmsuturer i dubbla rader. Tillståndet godt de första 2 dagarna. Sedan symptom af peritonit och ileus. Pat. afled 8 dagar efter operationen. Sektionen visade varig peritonit, uppkommen genom en perforation af tarmen 3 cm. från resektionsstället. En ascaris hade utkommit genom perforationssåret. Resektionssåret i tarmen, beläget 4 fot ofvan valvula Bauhini, läkt och i god ordning. Mesenteriet hade vridit sig ett halft slag kring sin axel och komprimerat öfversta delen af ileum.

22. Qvinna, 52 år, intogs d. $\frac{21}{9}$ 1885. Inguinalbräck inklämdt sedan 3 dagar. Pat. mycket dålig. Genast efter inkomsten operation. (Dr Walter. Fallet är förut meddeladt i Hygiea 1886.) Bräckinnehållet utgjordes af en $\frac{3}{4}$ aln lång tarmslynga, svartröd till färgen med små, grå brandfläckar här och der. Tarmstycket resekerades i hela sin utsträckning. Suturer i dubbla och här och der i tredubbla rader. Mesenteriet utklipptes i form af en rektangel, hvars korta sidor förenades med suturer. Vid tarmens reposition i bukhålan kröp en ascaris fram ur tarmen emellan ett par suturer. Sedan han blifvit uttagen, anlades ytterligare ett par förstärkningsuturer och tarmen reponerades. Tillståndet efter operationen utan anmärkning. Utskrefs läkt d. 16 nov.

23. Qvinna, 54 år, intogs d. $\frac{8}{8}$ 1887. Inguinalbräck inklämdt sedan 8 dagar. Stark kollaps och ymniga fäkala

kräkningar. Strax efter inkomsten operation. Bräcksäcken innehöll en liten brandig tunntarmslynga, hvilken i 6 cms utsträckning resekerades. Operationen försvårades deraf, att mesenteriet icke kunde framdragas mera än $\frac{1}{2}$ tum utanför bräckporten. Pat. hemtade sig småningom efter operationen, men dog plötsligt dagen derpå. Vid obduktionen upptäcktes icke någon peritonit. Tarmsuturerna hade hållit, så att resektionsstället var i god ordning. Fetthjerta och valvelfel i aorta.

24. Man, 55 år, intogs d. $1\frac{4}{3}$ 1888. Kruralbräck inklämdt sedan $4\frac{1}{2}$ dygn. Opererades strax efter sitt intagande å sjukhuset. Vid inklänningsstället på den ena tarmdelen en stor gangränerad fläck, som brast vid framdragandet och lemnade ett 2-öre-stort sår i tarmen. 10 cm. af tunntarmen resekerades, 10 inre och 15 yttre suturer. Ligaturer på mesenteriet utan kilformig excision. Tillståndet efter op. utan anmärkning. Utskrefs läkt d. $1\frac{4}{4}$.

25. Kvinna, 69 år, intogs d. $2\frac{5}{11}$ 1889. Valnötstort kruralbräck inklämdt sedan 4—5 dagar. Tillståndet relativt godt. D. $2\frac{6}{11}$. Operation. Bräcksäcken innehöll ett brandigt tunntarmdivertikel. Mesenteriet afknöts längs efter tarmranden. 7 cm. af tarmen exstirperades. Suturer först genom hela tarmväggen inklusive mucosan. Den yttre raden genom serosan. Tillståndet efter op. utmärkt godt hela tiden. Utskrefs läkt d. $3\frac{0}{12}$.

26. Kvinna, 46 år, intogs d. $1\frac{3}{12}$ 1889. Kruralbräck inklämdt sedan 8 dagar. Tillståndet icke mycket nedsatt. Operation på intagningsdagen. Bräcksäcken innehöll en tunntarmslynga, som vid inkarcerationsstället visade en smal brandig fläck, som gick omkring hela tarmen. 12—15 cm. tarm resekerades. Mesenteriet afknöts med ligaturer utan kilformig excision. Vanliga dubbelradiga tarmsuturer. Tillståndet efter operationen godt. Ett par timmar efter operationen profusa tarmuttömmingar. På natten försämrades hon och dog d. $1\frac{4}{12}$. Sektion. Peritoneum öfverallt glatt och glänsande. Omkring bräckporten dock några fibrinösa beläggningar. Resektionsstället i bästa ordning. Tarmsömmen höll fullkomligt, och passagen i tarmen fri.

4. Tarmbrand jemte periherniös phlegmon

har förekommit i 2 fall.

27. Kvinna, 43 år, intogs d. $1\frac{8}{12}$ 1886. Kruralbräck inklämdt sedan 6 dagar. I ljumsken en röd och hård svullnad, hvars hud var ödematös och adherent till underliggande delar. Incision i svullnaden, hvarvid befans, att såväl innehållet som omgifningen voro brandiga och sammanklibbade.

Var och tunna fæces utrunno i ringa mängd. D. $20/12$. Af-föring per rectum efter lavemang. D. $21/12$. Afsöndringen från fisteln — förut ringa — har i dag ökat. D. $26/12$. Tillståndet dåligt; nästan dagligen öppning per rectum efter lave-mang, men under de sista dagarna inga exkrement genom fisteln, hvarför gjordes med bräckknif en mindre debridering genom tarmen och bräckporten. Nu inlades ett groft dränagerör i tarmen. D. $27/12$ död. Vid sektionen upptäcktes lindrig fibrinös beläggning på tarmarne, som nedom inklämmningsstället voro sammanfallna och ofvanför utspända — beroende deraf att det tillförande tarmstycket var vridet kring sin längsaxel. Vid volvulusstället gangrän.

28. En omkring 55-års qvinna, hvars journal jag ej kun-nat påträffa, intogs för ett par år sedan med inklämndt krural-bräck, hvilket hon ej ville tillåta mig operera. Först när en phlegmone utvecklat sig i bräcket och dess omgivning, fick jag göra en *incision*. Sedan en fäkal suppuration försiggått en tid, läktes hon och blef frisk. Kom sedan efter ett år tillbaka och lät operera sitt bräck och blef ånyo frisk utskrifven.

Återstår nu att nämna några ord om de bräck, der vid sjelfva operationen ingen brand märkts i den inklämnda tarmen, men der brand uppträd i den reponerade tarmen och orsakat döden. Sex dylika fall hafva tyvärr under ofvannämnda period förekommit härstädes. Det är alla kirurger välbekant, huru stor svårigheten ofta är att af en inklämnd tarmslyngas utseende diagnosticera en börjande gangrän, på samma gång man väl vet, huru lätt det är att igenkänna den verkliga utvecklade branden. Huru många gånger har det icke händt en ganska erfaren operatör, att han reponerat en tarm, som han trott vara fullt vital och som han efteråt vid sektionen till sin stora bestörtning fun-nit med utbildad gangrän? Huru ofta reponerar man ej med framgång en tarmslynga, som är ganska mörkt blåröd och rätt svullen, men med glänsande serosa? En annan gång händer, att slyngan har samma utseende, reponeras och förfaller i brand. Ibland är endast ett begränsadt mindre ställe af tarmen misstänkt och ser något brunrött ut, eller också synes inklämmningsstället vara något tunnare och ble-kare än vanligt. Tarmen reponeras, och allt kan gå bra i en stor del fall, men i ett och annat blir dock utgången

letal. Huru bör man handla i dylika fall? Naturligtvis besluter man sig icke lätt för att göra ett så allvarsamt ingrepp som tarmresektion eller anläggande af en anus præternaturalis, om man tror sig hafva utsigt att komma till målet med en enkel bräckoperation. Mikulicz säger, att man icke bör på vinst och förlust reponera en inkarcererad tarmslynga, som endast till hälften är tvifvelaktig; åtminstone bör man vidtaga sådana försigtighetsmått, att, om perforation inträffar, faran bör blifva så liten som möjligt. Han föreslår därför, att efter lösandet af inklämningen låta slyngan ligga framme några minuter och observera, om den antager ett friskare utseende. Äfven tillråder han att med en nål lätt rispa serosan på det misstänkta stället för att se, om blod genast visar sig eller ej. Om han på detta sätt finner, att tarmens tillstånd är någorlunda godt, reponerar han slyngan och lägger den så, att det misstänkta stället ligger i såröppningen, hvilken han icke fäster tillsammans utan tamponerar med jodoformgas. Det är onödigt att på annat sätt fixera tarmslyngan, emedan enligt hans åsigt detta tarmparti är paretiskt och icke brukar flytta sig från stället.

Cohn säger 1889, att å Hahns afdelning behandlades en dylik inkländ, misstänkt tarmslynga på så sätt, att den först sorgfälligt desinficieras, omgifves med remsor af jodoformgas, reponeras och lägges intill bräckporten, hvarefter ändarne af remsorna utledas genom såret. På sådant sätt tror Hahn, att, ifall perforation inträder, fæces skola söka sig väg utåt genom såret och icke in i bukhålan. 11 fall hafva behandlats enligt denna metod; deraf hafva 3 fall dött; hos 2 af dessa senare hade perforation af tarmen bildat en anus præternaturalis, men i intet fall hade perforation inåt bukhålan egt rum.

Helferich (Centralblatt für Chirurgie 1890) nämner, att man redan då brukat lägga den misstänkta tarmen någon dag utanför bukhålan och omgifva den med passande förband, men då måste naturligen bräckporten betydligt utvidgas och eventuellt en mindre laparotomi göras.

Bramann berättar också redan 1891 (Berliner klin. Wochenschrift), att han flera gånger vid tvifvelaktiga fall

lätit tarmslyngan ligga utanför bräckporten under 24 timmar och derefter kunnat reponera densamma.

Rovsing (Centralblatt f. Chirurgie 1892) fäster uppmärksamheten derpå, att man icke bör på hasard behandla en dylik misstänkt tarmslynga som frisk, ty erfarenheten visar, att $\frac{1}{3}$ af dylika med reposition behandlade fall afidit iföljd af tarmperforation eller peritonit. Å andra sidan blifva resultaten ännu sämre, om man behandlar tarmen som vore den brandig med tarmresektion, som ger 50 % mortalitet, eller med anläggning af anus præternaturalis, som gifver ännu högre dödlighetssiffra. Det är således mycket afskräckande att företaga sådana ingrepp på en måhända lefnadskraftig tarm. Af denna orsak har han i ett fall framdragit den misstänkta slyngan, fästade den med några suturer till bukväggen, inhöljt den i steriliserad gas, lätit den ligga utanför buksåret och afvaktat om den ville blifva frisk eller gangränna. Bräcket hade varit 3 dagar inklämdt. Sedan slyngan sålunda hade legat framme på 4:de dagen, aftogs förbandet, och tarmen, som såg frisk ut, reponerades, hvarefter radikaloperation gjordes. Fallet gick lyckligt.

Gräfe (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1892, Festschrift) har offentliggjort ett fall, der bräcket varit inklämdt under 3 dygn, och der tarmslyngan såg mycket betänklig ut. Äfven i detta fall framdrogs tarmstycket, fästades i buksåret, omgafs af jodoformgas och vanligt aseptiskt förband, samt fick ligga utanför såret under 5 dagar. Då nu tarmen såg frisk ut, reponerades den. Hudsåret tamponerades med jodoformgas. Fallet förlöpte lyckligt.

Dessa försök att låta den misstänkta tarmen ligga framme under en eller flera dagar tyckas ju hafva gifvit rätt tillfredsställande resultat, hvarför det synes vara skäl att mera allmänt pröfva metoden vid dessa tvifvelaktiga fall, som äro så svåra för kirurgen att rätt bedöma.

**Recidiverande inflammation i blindtarmsutskottet;
exstirpation af processus vermiformis
under det fria stadiet.**

Af A. Lindh.

Några fall af appendicitis med flera recidiv, som medfört så besvärande symptom, att patienterna önskat blifva befriade från dem, hafva på sista tiden under den recidivfria mellantiden af mig opererats och torde förtjena att omnämnas. De äro äfven af intresse derutinnan, att de sjukliga förändringarne i själfva processus vermiformis i ett par fall icke voro så stora, som man på grund af symptomen kunnat vänta.

1. Fröken E. S., 30 år, som förut varit rätt frisk, sjuknade i perityflit i April 1890. Låg då sjuk i 3 månader. Fick derefter massage af D:r Kernell under 8 veckor med godt resultat. Sedan dess har hon dock haft dålig digestion, trög afföring och emellanåt plågor i högra sidan af buken. Den 30 Jan. 1892 fick pat. recidiv af sin perityflit med feber, qväljningar, ömhet i högra sidan och uppdrifning af buken. Någon tumör kunde dock ej palperas. Har allt sedan varit kraftlös, mager och klen. D:r Bergendal, hennes läkare, tillrådde henne därför operation, och hon intogs å Sahlgrenska sjukhuset den 28 Juli.

Status præsens: Pat. ser blek, svag och sjuklig ut, är nästan alltid sängliggande på grund af plågorna i buken, som ökas vid rörelse. Vid palpation af buken kännes ingen svulst i högra sidan. Vid djupt tryck tycker man sig dock känna en blyertspennetjock resistens i högra fossa iliaca, hvilken resistens är något ömmande. För öfrigt ingenting anmärkningsvärdt vid undersökningen.

D. ³⁰/₇. *Laparotomi+exstirpation af proc. vermiformis.* Professor Lennander, som händelsevis denna dag besökte sjukhuset, var nog vänlig att assistera och med-

hjelpa med goda råd och dåd. Buksnitt som vanligt emellan naveln och spina ilei sup. Proc. vermiformis låg fri och rörlig och var i hela sin längd (11 ctm.) försedd med ett stort mesenteriolum. Detsamma afknöts med 2 ligaturer, hvarefter själfva appendix afknöts och afklippes en dryg ctm. från coecum, slemhinnan på stumpen utanför ligaturen afdissekerades, serosan hopsyddes och 2:ne veck af peritoneum hopfästades öfver det kvarvarande stycket af proc. vermiformis. Bukens andra organ i närheten af såret kändes normala. Den afklippta delen af appendix mätte 9 ctm.; dess lumen var till $\frac{2}{3}$ fylld af fæces, som på 2 ställen bakat ihop sig till hårda, dock sammantryckbara klumpar. Slemhinnan föreföll något svullen och visade på ett par ställen små blödningar; för öfrigt hade hela processen, fastän något tjockare än vanligt, ett friskt utseende. Docenten Sundberg i Upsala har benäget undersökt preparatet och gifvit det utlåtande, "att inga patologiska eller histologiska förändringar kunna spåras. Ingen ulceration och inga inflammatoriska fenomen. Möjligen kan dock anmärkas, att den lymfoida väfnaden är tämligen riklig". Sedan nu buksåret blifvit hopsyddt, anlades förband på vanligt sätt. Af anteckningar efter operationen framgår, att pat. hela tiden varit afebril, att tillståndet varit godt och läkningen normal och rask. Hon utskrefs d. $\frac{19}{8}$. Visade sig sedan ett par gånger å sjukhuset betydligt förbättrad så tillvida, att hon nu kunde vara uppe och gå ut, men hade fortfarande förstoppning och gastriska rubbningar. Bref från henne den 3 Dec. upplyser, att helsotillståndet är ungefär enahanda jämte nervvärk och plågor i benen. "Ehuru således", säger hon, "mycket kunde vara bättre, är jag dock glad och tacksam, att det är, som det är. Jag känner en trygghet och ett lugn, som jag förr aldrig visste af, då stickningarne och ömheten i högra sidan ständigt påminde mig om möjligheten af ett recidiv".

2. Herr J. E., 35 år, kände redan för 13 år sedan för första gången af sin åkomma efter att aldrig hafva lidit af några egentliga magsjukdomar. Sedermera hafva förekommit 5 anfall, hvaraf det sista för 5 år sedan. De hafva varit hvarandra tämligen lika och vanligen uppträdt efter ansträngande gång. De hafva yttrat sig med smärta och ömhet i högra sidan af buken. Ingen feber. Afföringen alltid äfven under anfällen normal. Aldrig kräkningar.

Gången har så småningom blifvit mycket försvårad af smärtan vid högra benets rörelse. Pat. har också därför varit nödgad taga afsked från sin tjänst som skollärare. För undergående af operation intogs han d. $21/9$ på Sahlgrenska sjukhuset. Utseendet något sjukligt. Medelmåttigt hull. Aptit god. Afföring normal. Buken företer vid inspektion intet anmärkningsvärdt. Vid palpation ömmar han i högra fossa iliaca, der egentligen intet abnormt kännes.

D. $11/9$. *Laparotomi + Extirpation af proc. vermiformis.* Buksnitt som i förra fallet. Coecum framdrogs i såret, men något blindtarmsutskott kunde ingenstädes upptäckas. I coecums vägg fanns dock, ungefär der proc. vermiformis borde finnas, en förtjockning, som var något fettbelagd och fullständigt öfverdragen af peritonealväfnad. Då som sagdt ingen proc. vermiformis syntes till, undersöktes nyss nämnda parti något närmare, och efter någon dissektion kunde under iakttagande af största försigtighet den i skarp spetsvinklig krökning belägna proc. vermiformis lösas och framdragas ur detta förtjockade ställe på tarmväggen, som icke lederades. Processen kändes ganska fast och hård, var af tämligen normalt utseende utan någon perforation och hade en längd af 5 ctm. Den ligerades och afklippes under iakttagande af samma försigtighetsmått som i förra fallet. Dervid utkom ur lumen periferiskt om "Knicksstället" gråaktig, slemmig massa. Den kvarlemnade stumpen täcktes af tvenne hopsuturerade peritonealveck. Buksåret suturerades och förbands. Vid närmare undersökning befanns slemhinnan å det afklippta appendix ulcererad och hade nedom den skarpa böjningen, hvilken tydligen förorsakat en absolut förträngning af lumen, afsöndrat det förut omnämnda slemmiga och variga sekretet. Någon perforation hade tydligen aldrig förekommit.

Efter operationen var tillståndet hela tiden mycket tillfredsställande. Han utskrefs läkt och frisk d. $10/10$. Har sedan flera gånger besökt mig och är mycket nöjd med resultatet af operationen. Han har också all anledning dertill, emedan han nu går obehindradt och aldrig har några smärtor i sidan.

3. Ingeniör H. Tuberkulos har förekommit i flera fall inom patientens släkt. Han lider själf af kronisk pneumoni i venstra lungspetsen sedan $1\frac{1}{2}$ år och har sedan flere år besvärats af knip i magen, väderspänningar samt trög afföring.

Första anfall af perityfilit i Juni 1891, i Okt. det andra, i början af 1892 det tredje. Intogs den $29/8$ 92 å medicinska afdelningen för högersidig pleurit. Efter 3 veckor återstald, men få dagar efter uppstigandet den $18/10$ ett fjerde anfall af perityfilit. D. $31/10$ för 5:te gången ett sådant. Låg till sängs med isblåsa till d. $18/11$, men hade dock under tiden ytterligare 3 anfall. Vid alla dessa anfall voro smärtorna i fossa iliaca ytterligt häftiga, aldrig dock kräkningar, ej fullständig förstoppning. Temperaturen vid dessa tillfällen 38-39°. Under anfällen kändes en diffus resistens i coecaltrakten och betydlig ömhet, perkussionstonen dock oförändrad; mellan anfällen var den diffusa resistensen borta, men på djupet kändes under brometylarkos en blyertspennetjock sträng, med sin öfre ända vid Mc Burneys punkt, sträckande sig härifrån nedåt bäckenet.

Genom de upprepade anfällen, den svält diet, pat. här för måst underkasta sig, samt genom sin kroniska pneumoni, som dock stått stilla, hade pat. blifvit ytterligt afmagrad och kraftlös. För att bereda honom någon möjlighet att komma från sjukhuset för att å lämplig kurort sköta sitt lunglidande, företogs därför

D. $28/11$. *Operation:* Snitt lades midt mellan nafveln och spina ilei. ant. sup. parallelt med lig. Pouparti. I buk hålan inga adherenser, intet tecken till peritonit. Processus vermiformis låg alldeles fri, utgående från utsidan af coecum, hängande nedåt bäckenet. Den framdrogs nu med coecum, som kändes delvis något förtjockad. Ungefär 1,5 ctm. nedan för basen af den 6 ctm. långa processus fanns en hård förträngning, och utskottet var nedanför densamma något ansväldt och fluktuerande. Efter massligatur af mesenteriolet afklipptes detta. Ligatur lades rundt om processen $1/2$ ctm. ofvan förträngningen, och utskottet afklipptes vid strikturen, hvarpå slemhinnan exstirperades ur den perifert om ligaturen qvarvarande stumpen. Dessutom brändes äfven insidan af stumpen med termokauter. De fria serosaränderna i stumpen hopsyddes, hvarefter den fästades med suturer i mesenteriolet och öfverdrogs med ett veck af närliggande serosa.

I den exstirperade processus vermiformis befanns förträngningen vara förorsakad af 2 fäkalstenar, som hade utseende af äpplekärnor. Perifert om förträngningen var processus fylld af var; slemhinnan var något förtjockad, å intet ställe ulcererande.

Under de närmaste dagarne efter operationen erhöll pat. per os konjak, mjölk, is. Dessutom närande lagemang. Efter några dagar fick han kräkningar, men var efter 8 dagar ganska kry och började äta med god aptit. På 12:te dagen uttogos suturerna, och såret var läkt per primam; förloppet helt och hållet afebrilt. D. $\frac{9}{12}$ kläder. D. $\frac{27}{1}$ 93 utskrefs han från sjukhuset mycket medtagen af sin tuberkulösa lungsjukdom.

Egendomligt är i första fallet, att oakadt hela sjukdomsbilden med bestämdhet hänvisar till processus vermiformis såsom utgångspunkten för symptomen, såsom också de läkare, dr Bergendal och Kernell, hvilka haft tillfälle att behandla pat. under de mera akuta stadierna, med bestämdhet uppgifva, förändringarne af denna äro så obetydliga; ingen väsentlig förtjockning, ingen perforation, endast några små blödningar i slemhinnan. Fallet kan näppeligen förklaras på annat sätt, än att upprepade lindriga katarrer, som dock gått fullkomligt tillbaka, förorsakat dessa symptom och möjligen kvarlemnade nervsmärtor i detta parti. Jag vill tillägga, att Prof. Lennander, som med sina mycket erfarna och värderika råd och dåd biträdde mig vid operationen, och som hade tillfälle att förut noggrannt undersöka pat., fullkomligt var af vår mening, att här följderna af en perityflit förelågo.

I andra fallet hade funnits 6 recidiv; i detta var processus vermiformis ej perforerad, men slemhinnan ulcererad, och särskildt i dess topp fanns ett blodigt varigt sår, medan hela processus var fylld af varigt sekret jämte 2 små fäkalkulor. De största förändringarne funnos emellertid i processus vermiformis' omgifning, i det den, såsom jag i sjukhistorien nämde, var intimt fastlödd vid blindtarmens vägg. Egendomligt nog medförde dessa, som man kan tycka, ej så särdeles framstående sjukliga förändringar rätt svåra subjektiva symptom, i det pat. vid försök att gå något längre än korta afstånd fick betydliga plågor i coecaltrakten, hvarför han också varit nödgad att afsäga sig sin tjänst som skollärare. Säkerligen har den skarpa inflexionen å proces-

sus vermiformis i någon mån kunnat motivera de starka smärtorna, derigenom att den hindrat det variga sekretet i spetsen af processen att med lätthet tömma sig i coecum.

(Från Sahlgrenska sjukhusets kirurgiska afdelning.)

**Ett fall af neurotomi på tredje trigeminusgrenen
vid foramen ovale.**

Af Rudolf Lundmark.

Under sommaren 1892 har å Sahlgrenska sjukhusets kirurgiska afdelning behandlats ett fall af trigeminusneuralgi, hvarvid gjordes neurotomi å tredje grenen vid foramen ovale. Som dylika operationer äro ganska sällsynta och i Sverige endast ett par gånger utförts, torde fallet förtjena ett omnämmande.

Maja Greta Olsson, enka, 76 år, fr. Göteborg.

Anamnes: Pat. har under de fem sista åren känt anfallsvis återkommande smärtor ("flygvärk") i högra sidan af hufvudet. Anfallen voro dock jämförelsevis lindriga samt kommo med flera dagars mellanrum. I april d. å. antogo emellertid smärtorna en särdeles svår karakter. De blefvo ytterst våldsamma, ristande och skärande samt återkommo oupphörligt, så att de hvarken dag eller natt lmnade pat. någon ro. Värken var dock alltjämt lokaliserad endast till högra ansigtshalfvan. Smärtorna uppträdde först i högra delen af tungan samt längs underkäken, men spred sig efter hand till kinden, till örat och trakten der framför samt till tinningen. Ofta har pat. ej så noga kunnat lokalisera smärtorna, utan dessa hafva uppträdt med yttersta våldsamhet å hela högra ansigtshalfvan. Stundom har pat. känt värk i högra ögat; samtidigt har detta varit inflammeradt och tårsekretionen från detsamma ökad. De värkande partierna ömmade högst betydligt vid beröring. Oaktadt läkarebehandling under sommaren tilltogo smärtorna och blefvo rent af olidliga för pat. På läkares råd sökte pat. inträde å sjukhuset d. $\frac{9}{8}$ 1892.

Status præsens: Vid inkomsten var pat:s tillstånd ganska ömkligt. Mo-injektioner skaffade endast för en stund någon lindring i hennes smärtor. Ömheten i högra ansigtshalvvan var så betydlig, att äfven ganska lätt beröring framkallade svåra smärtanfall. Pat. kunde knappt förtära någon föda. Hon kunde blott med svårighet öppna munnen, kunde ej tugga, och födans blotta beröring med tungan och munslembinnan framkallade häftiga smärtor.

Operation d. $13/8$ (Dr. Lindh) under kloroformnarkos. Framför högra örat öfver okbågen lades ett bågsnitt med konvexiteten uppåt. Sedan mjukdelarne genomskurits in till okbågen, genomsågades denna med kedjesåg på två ställen. Det lösgjorda benstycket med mjukdelar veks nedåt, och musc. temporalis genomskars ungefär 2 ctm. ofvanför fästet med undantag af främre delen af muskeln, som skonades. För att vinna utrymme, drogs nu underkäken starkt nedåt. Derpå dissekerade man sig trubbigt in längs skallens bas, först tills man kände lamina pteryg. ext. samt sedan in bakom densamma. Der kände man nu framåt nedåt art. maxill. int. pulsera, bakåt pulsationerna af art. mening. media samt såg deremellan spända de grå nervsträngarne af tredje trigeminusgrenen. Afsigten hade varit att nu göra neurektomi, men t. f. af det ringa utrymmet kunde ingen del af nerven reseceras. I stället drogs denna fram något medelst hake och afklippes tätt invid foramen ovale. Vid afklippningen skedde en stark retraktion af nervstumparne; det införda fingret kände foramen ovale tomt. Rummet mellan nervändarne tampo- nerades med jodoformgas, musc. temporalis hopsyddes, och det resecerade stycket af okbågen återförenades med denna medelst periostsuturer. Hudsuturer lades. Operationen varade $1\frac{1}{2}$ timme. Blödningen under densamma var endast obetydlig.

Daganteckningar: D. $15/8$. De neuralgiska smärtorna efter operat. borta. Pat. känner sig endast något tung i hufvudet. En lindrig pares af öfre facialis.

D. $20/8$. Jodoformgastampongen uttogs. Såret i sin öfriga del läkt p. p. Inga neuralgiska smärtor, endast lindrig värk och ömhet i själfva såret.

D. $1/9$. Pat. utskrifves läkt. Framför örat och i såret lindrig smärta, f. ö. ingen värk. Facialisparesen kvarstår. Sensibiliteten dels nedsatt dels fullständigt borta inom om-

rådet för tredje trigeminusgrenen. Tuggningen försiggår rätt bra.

D. $\frac{9}{5}$. Pat. intogs åter på sjukhuset på grund af hyperæmia conjunctivæ. Smärtor i båda ögonen samt ljusskygghet, mest på höger öga. Conjunctivæ injicierade. Sekretionen ökad. — F. ö. inga smärtor efter operationen, endast lindrig, molande värk kring såret. Pat. klagar öfver stelhet i högra ansigtshalfvan.

D. $\frac{16}{9}$ utskrefs pat. återställd.

D. $\frac{18}{10}$. På sista tiden hafva retnings symptomen i ögonen åter inställt sig med ljusskygghet och stegrad sekretion. Dessutom tidtals värk i högra örat jämte flytning ur det samma. F. ö. har pat. inga känningar af sitt gamla lidande.

D. $\frac{13}{12}$. Pat., som en tid besvärats af värk i venstra ansigtshalfvan, är numera fullständigt fri från värk. Sensibilitetsrubningen qvarstår oförändrad inom området för tredje trigeminusgrenen. Facialisparsen liksom den deraf framkallade retningen af högra ögat fortfar, eluru i mindre grad än förr.

Operationer, sådana som den nu beskrifna, hafva hittills icke utförts synnerligen många gånger. Operationen är tekniskt svår, ty dels är nerven straxt efter utträdet ur kraniet mycket svåråtkomlig, dels är den der omgifven af ömtåliga delar. Men dertill kommer en annan sak. Genom operation hafva visserligen pat. liksom i ett slag blifvit befriade från de neuralgiska smärtorna, men detta gynnsamma resultat har i några af fallen ej varit af varaktighet, utan recidiv hafva åter inställt sig. Detta torde nog göra, att en och annan operatör drar sig för att utföra den svåra operationen.

Denna operation utfördes första gången 1872 af Pancoast i Filadelfia. År 1888 hade Salzer¹⁾ samlat en statistik af 15 dylika operationsfall. Sedermera hafva några fall ytterligare publicerats af Obalinski och Ullman²⁾. I Sverige är operationen nu utförd åtminstone tre gånger,

¹⁾ Salzer. Resection des dritten Trigeminusastes am Foramen ovale. Langenbecks Archiv. Band XXXVII. 1888, sid. 473.

²⁾ Jahresbericht über die gesammte Medicin. 1889, II, 2 sid. 411.

år 1886 af prof. Berg samt sedan två gånger å Sahl-grenska sjukhuset härstädes, först år 1889 af dr. Borelius¹⁾ samt nu senast af dr. Lindh.

För att uppsöka nerven vid foramen ovale hafva en mängd olika operationssätt blifvit föreslagna, och man kan nästan säga, att metoderna vexla med hvarje operatör. Den mest använda metoden är Krönleins²⁾. Han lägger ett bågsnitt öfver okbågen med konvexiteten nedåt, så att hudlambån vikes uppåt. Sedan han genomsågat okbågen på två ställen och vikit det lösgjorda stycket med mjukdelarne nedåt, afmejslar han processus coronoid. mandibulæ. Innan han uppsöker nerven, underbinder han art. max. int. samt lossar en del af ursprunget för musc. pteryg. ext.

Pancoast³⁾ exstirperade fullständigt proc. coronoideus, men hans metod liknar f. ö. Krönleins.

Lücke⁴⁾ genomsågar okbenet som vanligt. Sedan banar han sig väg till nerven genom att draga underkäken starkt nedåt, samtidigt med att musc. temporalis hålles undan uppåt.

Ullman⁵⁾ föredrar att såga genom okbenet ända framme vid proc. frontalis och maxillaris, hvarigenom utrymme vinnes. Han skonar dessutom proc. coronoideus.

Salzer⁶⁾ lägger hudsnittet med konvexiteten uppåt, resecerar okbågen temporärt, viker det resecerade stycket nedåt, genomskär fästet för musc. temporalis samt dissekerar sig trubbigt in längs kraniets bas till foramen ovale.

Alla nu nämnda metoder öfverensstämma deri, att de utgå från hudsnitt å kinden, samt att okbågen temporärt reseceras.

¹⁾ Hygiea 1890. I.

²⁾ Mosetig-Moorhof. Handbuch der chirurgischen Technik II, sid. 142.

³⁾ Salzer: l. c.

⁴⁾ Salzer: l. c.

⁵⁾ Mosetig-Moorhof. l. c.

⁶⁾ l. c.

Mikulics¹⁾ åter väljer en helt annan väg. Han lägger snittet från proc. mastoideus längs främre kanten af muse. sternocleidomastoideus till i jämnhöjd med tungbenet samt sedan i båge uppåt till käkkanten. Underkäken genomsågas i vertikal riktning bakom sista molaren. Fästet för muse. pterygoideus int. lossas fr. underkäken. Dennas båda delar dragas starkt i sär, och i det rum, som således bildas, kan man följa grenarne af tredje trigeminusgrenen upp till foramen ovale.

Ullman²⁾ har utom förutnämnda äfven använt följande metod. Hudsnitt lägges från kanten af gland. parotis förbi angul. mandib. längs underkäkens kant. Muse. pterygoideus int. lossas, nerv. alveolaris inf. uppsöks samt tjenar till ledning vid uppsökandet af foramen ovale.

Gross³⁾ från Krakau demonstrerade vid den medicinska kongressen i Berlin 1890 en ny operationsmetod, hvarvid han utgår från munhålan. Han lösdissekerar mjuka gommen från hårda gommen längs ena sidan. Nedre delen af proc. pterygoideus afmejslas derpå jämte muskelfästena. Han dissekerar sig sedan trubbigt in längs kraniet bas, blottlägger och framdrager sålunda nerv. lingualis och mandibularis. Sedan han följt dessa fram till foramen ovale, genomklipper han hela tredje trigeminusgrenen tätt invid detsamma samt resecerar ett stycke af nerv. lingualis och mandibularis.

Helt nyligen har Krönlein⁴⁾ föreslagit en ny metod, som han till skillnad från sin äldre metod, den temporala, benämner den retrobuckala. Han lägger ett rätlinigt snitt från närheten af munvinkeln uppåt mot lobulus auriculæ. Snittet föres in till buccinatorn. Muse. masseter genomskäres till kanten af gland. parotis. Sedan proc. coronoi-

¹⁾ Mosetig-Moorhof. l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ Verhandl. des X internat. medicin. Congresses 1890, III, sid. 281.

⁴⁾ Krönlein. Eine neue Methode der Freilegung des III Astes des N. trigem. Langenbecks Archiv XLIII 1892, sid. 13.

deus afmejslats, skjutes denna undan uppåt. På sätt, som han närmare anger, uppsöker han nu de fyra hufvudstammarna af tredje trigeminusgrenen samt följer hvar och en af dem till foramen ovale. Fördelen med denna metod skulle bl. a. vara, att man kan reseuera längre stycken af nervstammarna.

De af v. Bergmann, Obalinski och Credé använda operationssätten äro endast modifikationer af några utaf de ofvan beskrifna metoderna.

Som man ser, råder ingalunda brist på metoder.

Det af dr. Lindh följda operationssättet öfverensstämmer närmast med Salzers. Denne har enl. sin metod opererat två fall, och i båda lyckades han att draga fram den perifer nervstumpen och af den reseuera ett stycke. I det nu omnämnda fallet var afsigten likaledes från början att göra resektion af nerven. Emellertid visade sig detta vara omöjligt dels t. f. af det ringa utrymmet, dels emedan nerven ej kunde dragas fram så pass mycket, att en del kunde afklippas.

Vid det af Borelius opererade fallet följdes Krönleins metod. Han hade likaledes ämnat göra neurektomi d. v. s. resektion af nerven, men måste afstå derifrån och nöja sig med att tänja och genomklippa densamma.

Väljer man emellertid något af operationssätten med snitt å kinden och temporär resektion af okbågen, torde böra ihågkommas några goda orienteringspunkter vid uppsökandet af nerven. Har man genomsågat okbågen och skurit igenom musc. temporalis eller mejslat af proc. coronoideus, följer man kraniets bas, tills man känner proc. pterygoideus. Bakom denna ligger ett fettfyldt rum, i hvilket man framåt känner kanten af nyssnämnda process, uppåt kraniets bas, bakåt pulsationerna af art. meningea media. Nedåt och framåt ligger musc. pterygoideus ext. samt art. maxillaris int., delvis täckt af denna muskel. I detta rum och omgifven af dessa bildningar ligger nerven vid utträdet ur foramen ovale.

Innan jag öfvergår till de sensibilitetsrubbnigar, som blifva en följd af operationen, må i korthet erinras om tredje trigeminusgrenens utbredning. Utom smärre samt motoriska grenar afger denna fyra större sensitiva nerver, näml. lingualis, som är sensitiv nerv för tungan, samt auriculo-temporalis, buccinatorius och alveolaris inf. Den förstnämnda af dessa tre går fram mellan örat och käkleden, täckt af gland. parotis samt utbreder sig med sina ändgrenar framför örat och uppåt tinningen. Ramus buccinatorius blir ytlig vid främre kanten af musc. masseter i det fettpaket, som der täcker buccinatorn. Dess grenar gå sedan dels utåt till huden, dels inåt till munslemhinnan, genomborrande sistnämnda muskel. Ramus alveolaris inf. åter träder fram genom foramen mentale samt utbreder sig med sina grenar öfver hakan och underläppen.

Angående sensibilitetsrubbnigarne efter operationen har Salzer¹⁾ gjort noggranna undersökningar i de två af honom opererade fallen. Han visar dervid, att känsligheten är nedsatt å ett ganska bredt område, sträckande sig från tinningen till hakan, samt att å detta tre små fullständigt anestetiska fält finnas, motsvarande utträdesställena för de tre sensitiva hufvudgrenarne. Tongan är likaledes anestetisk.

En undersökning af sensibiliteten i nu föreliggande fall ger ock vid handen, att å högra ansigtshalfvan sensibiliteten är nedsatt å ett bredt område, som sträcker sig från tinningen ned till underkäskanten. Bakåt når området till yttre hörselöppningen samt sedan till ett stycke från underkäkens bakre kant. Framåt går gränsen ungefär vid munvinkeln samt sedan å underläppen i midtlinien. Öfver detta område känner pat. ej lätt, men väl starkare vidröring. Vid instick med nål visar sig huden här mindre känslig än å öfriga delar af ansigtet. Inom detta område finnas emellertid två fullständigt anestetiska små fält, ett beläget framför örats öfre del samt ett å hakan. Derjämte finnes vid främre kanten af musc. masseter ett

¹⁾ l. c.

litet fält, å hvilket sensibiliteten är betydligt nedsatt, men ej fullständigt borta, såsom i Salzers fall. Dessa fält öfvergå diffust i det stora området för nedsatt sensibilitet, liksom gränsen mellan detta och området för normal sensibilitet ej heller är skarp. På insidan af buccan är känsligheten nedsatt, högra hälften af tungan är anestetisk. Jämföres nu härmed utbredningsområdet för tredje trigeminusgrenen, så finna vi, att de små fälten just motsvara utträdesställena för de sensitiva hufvudgrenarne, der sålunda nästan uteslutande dessa nerver utbreda sig, under det att till området för nedsatt sensibilitet äfven kringliggande sensitiva nerver afge grenar. Denna dubbla innervation förklarar ock, hvarför gränserna ej bli skarpa mellan de olika områdena.

Som nämnts hafva i några fall recidiv inträdt. Så omnämner Stelzner¹⁾ ett fall med recidiv, och äfven Obalinski²⁾ har iakttagit ett dylikt. Äfven i det af Borelius meddelade fallet skall recidiv sedermera hafva inställt sig. I öfriga fall har värk ej åter uppträdt inom observationstiden, men därför får man naturligtvis ej utesluta möjligheten af ett senare recidiv, helst som observationstiden i några af fallen varit ganska kort. Återstår att se, hvad utgången blir i föreliggande fall. Efter operationen har visserligen värk uppträdt i och omkring såret, men den har sedan åter gått tillbaka. I hvad mån pat:s ögonåkomma och den sedermera uppträdande värken i örat kan sägas bero af operationen, är svårt att afgöra. Möjligt är, att den genom facialisparezen framkallade minskade rörligheten af ögonlocken har bidragit till retningen i högra ögat.

Om orsaken till recidiv är omöjligt att säga något med visshet, för så vidt nämligen den sjukliga processen ligger periferiskt om operationsstället. Emellertid meddelar Obalinski ett fall med recidiv, som förtjenar att särskildt nämnas. Han hade i ett fall af neuralgi gjort resektion

¹⁾ Salzer: l. c.

²⁾ l. c.

af andra trigeminusgrenen vid foramen rotundum. Recidiv inträdde dock. Två år senare gjorde han på samma pat. käkledsresektion. Dervid resecerade han ett stycke af nerv. alveolaris inf. med det resultat, att värken åter försvann. Själf förklarar han detta bero på direkta anastomoser mellan nerverna, genom hvilka en sjuklig process skulle kunna öfvergå från en nerv till en annan. Angående nu föreliggande fall torde så mycket kunna sägas, att icke gerna någon återförening af nervändarne kan ega rum och sålunda bli orsak till recidiv. Retraktionen af nervändarne vid operationen var nämligen så stark, att detta vore svårt att tänka sig. Den centrala stumpen drog sig in i foramen ovale, som för det införda fingret kändes tomt. Dessutom tamponerades rummet mellan nervstumparne, och med af-sigt kvarlemnades tampongen i såret under åtta dagar för att förhindra en återförening.

Operationer för magkräfta, utförda å Sahlgrenska sjukhuset.

Af A. Lindh.

Det är oss alla bekant, huru olika symptomen af magkräfta kunna vara. Den ena gången kan en liten knappt palperbar tumör i magsäcken förorsaka den sjuke ytterst svåra plågor, kräkningar, blödningar etc., och en annan gång kan en betydligt stor kräftsvulst förefinnas, och pat:s tillstånd dock vara ganska drägligt. Jag erinrar mig en gång hafva undersökt en person, som hade en mer än knyt-näfvester, icke ömmande buktumör i epigastrium och likväl så lindriga sjukliga symptom från ventrikeln, att man knappast kunde antaga en cancer ventriculi, ehuru tumörens läge och beskaffenhet i öfrigt med tämlig säkerhet tydde på en sådan diagnos. Att symptomen af denna sjukdom äro så olika hos olika personer, beror naturligtvis i första rummet af tumörens säte; om den sitter i pylorus, så är det ju lätt att förstå, att den förträngning, som der uppstår, skall förorsaka större besvär, än om tumören har sin plats t. ex. å någon af kurvaturerna. Men äfven om en ganska stor cancertumör omgifver pylorus, kunna symptomen blifva jämförelsevis lindriga, om ulceration redan inträdt å tumörens insida, så att passagen från magsäcken är någorlunda fri. Ett sådant fall hade vi nyligen inne å afdelningen. Tumören var mycket stor, men pat. kunde ännu äta med rätt god aptit och kräktes sällan. Vid laparotomien befanns tumören intaga en del af högra ventrikelhalfvan, hela pylorus samt 3 å 4 ctm. af duodenum. På grund af metastaser och sammanväxningar kunde ingen resektion

göras; ej heller fanns indikation för gasto-enterostomi, då passagen tycktes vara fri och fallet så långt gånget. Buksåret hopsyddes, och pat:s tillstånd var fullkomligt tillfredsställande under de 10 första dagarne, tills han plötsligt på några minuter dog af hjertparalysi. Vid sektionen fann man, att orsaken till de jämförelsevis lindriga symptomen var någorlunda fri passage genom pylorus till följd deraf, att tumören der ulcererat och sönderfallit.

De icke så få buksnitt, som under de sista åren härstädes gjorts för cancer ventriculi, utan att kräfttumören kunnat borttagas, hafva dock varit af stort intresse i diagnostiskt hänseende och gifvit mycket goda upplysningar i afseende på symptomens förhållande till tumörens läge, storlek och rörlighet. Man må icke föreställa sig, att en dylik tumör, som är mycket rörlig, alltid är operabel, ehuru ju detta symptom anses som ett godt tecken för prognosen af en dylik operation. I det fall, som nyss nämndes, ändrade den stora pylorussvulsten ofta sin plats. Ibland låg den i epigastrium, ibland fann man den till venster något nedom nafveln, så att man kunde misstänka en groftarmstumör, och dock var den med starka adherenser förenad med pankreas. I ett annat fall fanns i epigastrium knappast antydning till en tumör, men deremot en tydlig sådan åt höger under lefverloben. Vid operationen fanns mycket riktigt en mindre pylorustumör på vanligt ställe + en äpplestor metastas i högra lefverloben. Ibland har pat. tydliga och långvariga symptom af cancer ventriculi, utan att man är i stånd att känna någon tumör, och ibland är nästan hela ventrikeln en cancermassa, under det pat. kan gå uppe med drägligt tillstånd.

Ofta hafva pat. blodkräkningar, men också ofta saknas de, fastän tumören är stadd i ulceration. Med ett ord, symptomen variera rätt mycket i denna sjukdom. Ledsamt nog inträffar ofta, att operatören, som trott sig hafva att göra med ett för operation gynnsamt fall, efter laparotomien visserligen finner en mindre pyloruscancer, men på

samma gång större eller mindre tumörer å ventrikeln, i omentet o. s. v.

Förutom åtskilliga laparotomier, som icke ledt till några operationer å ventrikeln, hafva för denna sjukdom härstädes utförts 2 gastro-enterostomier och 2 resektioner. Af dessa operationsfall hafva 2 aflidit, 1 efter gastro-enterostomi och 1 efter ventrikelresektion.

1.) 48 års qvinna, intagen d. $10/3$ 91. Sjukdomens duration några månader. Kräkningar nästan efter hvarje måltid, men icke blodfärgade. Apelsinstor tumör i epigastrium, mycket rörlig. Pat. mycket kraftlös och mager.

$13/3$ *Gastro-enterostomia posterior*. Snitt i linea alba. Tumören i pylorus kunde lätt framdragas. På ventrikelns yta en mängd miliära cancerknölar, i curvatura minor en mängd smärre knölar och omkring cardia en större tumör. Operation enligt v. Hackers metod. 30 suturer, intet mag- eller tarminnehåll utkom. Digital kompression.

Tillståndet efter operationen godt. Då hon utskrefs d. $7/4$, kunde hon förtära ägg och flytande föda i riklig mängd utan att kräkas. Efter hemkomsten återkommo snart nog smärtorna, tumören tillväxte, och hon dog efter några månader.

(För fallet är utförligare redogjort i Hygieas November häfte).

2.) 38 års man, intagen d. $26/9$ 92. Symptom af magkatarr under flera år (sura uppstötningar, sveda och värk i maggropen), Sedan 3 månader försämring. Hade dock ej kräkts, men, straxt efter att födan blifvit nedsväljd, hafva uppstötningar inställt sig, hvarvid äfven mat kommit upp. I sommar har han genomgått badkur i Marstrand och Hjo, behandlats med varma bad, Karlsbadervatten och magsköljning, men blifvit ständigt sämre. De sura uppstötningarne hafva ständigt plågat honom. Magsköljningarne, som fortfarande begagnats, hafva dock lindrat värken i magen, och med dem hafva stora kvantiteter matrester upphämtats, trots 5—6 timmar förflutit efter intagande af föda. Har magrat betydligt på sista tiden. Magsaften har af läkare undersökts och befunnits hålla mycket mjölksyra, talrika jästeeller, men ingen fri saltsyra. Har haft god aptit och ordentlig fastän något fast afföring. Kräkts blod en gång. Pat. är mycket mager och har ett kakektiskt

utseende. Vid palpation af buken kännes något innanför högra mammillarlinien en plommonstor knöl alldeles invid lefverkanten. En annan något mindre tumör känner man otydligt i epigastrium. Ventrikeln starkt utvidgad. Vid magsköljning 5—6 timmar efter måltiden höll magsäcken en betydande mängd delvis digererade födoämnen. Från öfriga organ intet att anmärka.

Efter vanliga förberedelser gjordes d. 27/9 operation. Snitt i linea alba. Den i epigastrium belägna tumören befanns hafva sitt säte i pylorus, under det att den andra åt höger palperade tumören var en äpplestor lefvercancer. I ventrikelväggen flera cancerknölar af mindre storlek. Pylorustumören var fullt rörlig och fri från pankreas. Då således redan allmän carcinos hade inträdt, kunde det naturligen ej vara tal om någon resektion; deremot ansågs en gastro-enterostomi, ifall den lyckades, böra kunna bereda pat. lindring. En sådan utfördes ock efter Wölflers metod. En slynga från öfversta delen af jejunum fästades vid främre ventrikelväggen på så sätt, att den afförande delen af slyngan fick sin riktning något åt höger. Först anlades mellan slyngan och ventrikeln serosasureturer. Sedan derefter snitt genom serosa och muscularis lagts å motsvarande ställen å tarm och ventrikel, fästades tarmen med ytterligare 5 serosa-muscularis fattande suturer vid ventrikeln. Derpå genomskars tarmens och ventrikelns slemhinna, så att en 3—4 ctm. lång kommunikationsöppning uppstod. De resp. slemhinnekanterna förenades derpå stadigt med talrika silkesuturer, som knötos inåt tarmlumen. Slutligen lades dubbla rader serosasureturer. Inalles 47 suturer. Intet mag- eller tarminnehåll utkom. Operationen räckte 1½ timme. Pulsen hela tiden god.

Tillståndet efter operationen var i öfrigt de första dagarne tillfredsställande, men gallfärgade kräkningar uppträdde nästan genast efter operationen och fortforo envist de följande dagarne, hvadan pat. ej kunde få behålla någon föda, som redan tidigt gafs i form af konjak, champagne, mjölk. Dessutom närande lavemang.

4/10 var såret i bukväggen läkt, buken oöm, men de gallfärgade, något illaluktande, men ej fäkala kräkningarne lemnade pat. ej någon ro. Allt, hvad han sväljde, kom genast upp, hvarför han d. 6/10 afled i följd af tilltagande krafflöshet.

Sektionen visade, att sutureringen hållit förträffligt oaktadt de våldsamma kränkingsrörelserna, och att fullständig läkning egt rum emellan de peritoneala sårändarna. Ingen peritonit. I levern fanns den förut nämnda, rätt stora kräftmetastasen. Många körtlar i oment och mesenterium voro ansvalda. I öfriga organ intet att anmärka.

3.) 48 års qvinna, intagen d. $29/4$ 92. Hade under flera år haft dålig mage. Okt. 1891 smärtor i buken. Kräkningar började då ofta förekomma. 2 gånger blodkräkningar, men inga kaffeliknande uppkastningar. En vecka före påsk upptäcktes en valnötstor knöl i buken till venster om nafveln. Pat. ser mager och anämisk ut. Puls 64, 1:sta hjerttonen med ett svagt blåsljud. Några ctm. till venster om nafveln kännes nu tumören något större än en valnöt samt ganska rörlig. Öfriga organ friska. $3/5$ Operation (Partiel resektion af magsäcken). I curvatura minor en skålformig concertumör, 6 ctm. i längd och nästan lika bred. Den sträckte sig till pylorus, men öfvergick ej på densamma. Den utskars medelst ett snitt, som gick i den friska väfnaden ungefär 1 ctm. från tumörens rand. Derefter hopsuturerades det stora såret i ventrikeln. Inalles 48 suturer anlades dels genom slemhinnan, dels genom serosa-muscularis och dels genom serosan. Af omentum minus afknöts ungefär hälften. Efter operationen var tillståndet hela tiden utmärkt tillfredsställande, så att pat. kunde frisk utskrifvas d. $27/5$. Visade sig senast å polikliniken i Oktober, då hon fortfarande var recidivfri.

(För fallet är utförligare redogjort i Hygieas Novemberhäfte.)

4.) 60 års qvinna, int. d. $5/10$ 92. Varit alldeles frisk tills i slutet af Augusti detta år, då gastriska rubbningar först visade sig. Matleda, uppstötningar och kräkningar, som aldrig varit blodiga eller kaffesumpliknande. Dessa kräkningar hade sista veckorna förekommit flera gånger hvarje dag, vanligen 5 å 6 timmar efter intagen föda, som sista tiden endast varit buljong och sockervatten. Afföring sontan. Medicin har intet utträttat. Pat. är trots sin 2 månaders svältkur ej synnerligen mager, men känner sig matt och dålig. Puls, hjerttoner och temperatur normala. Urinen fri från ägghvita och socker. I epigastrium straxt invid högre randen af bröstkorgen kännes en valnötstor, föga förskjutbar, ömmande tumör, som ej upptäckts förr än på de 3 sista veckorna. Den har tillvuxit i storlek. Magsaften hållar

icke saltsyra. Ventrikeln var vid de 2 gånger företagna magsköljningarne tom, men hon hade också kräkts förut.

Efter vanliga förberedelser gjordes d. $\frac{6}{10}$ pylorussektion. Snitt i linea alba. Å mindre kurvatures högra del fanns en tämligen stor tumör, som gick in på pylorus, men befanns fri från sammanväxningar med pankreas. En mindre concertumör i omentum majus afknöts genast. Ventrikeln kunde någorlunda delvis framdragas utanför buksåret, hvarefter oment. minus och majus afknötos så mycket som behöfdes för att frigöra tumören. Derefter anlades en grof silkesligatur omkring duodenum. Under manuel kompression af ventrikel och pylorus afklippes ventrikeln snedt från curvatura minor och nedåt åt höger. För hvarje klipp hopfästades såret i ventrikeln, till dess endast så stor öppning i curvatura major återstod, att den borde passa till vidfästning af duodenum. Derefter afklippes duodenum ett stycke från tumören, hvilken nu aflägsnades. Nu fästades under stark stramning af curvatura minor duodenum i det kvarblifna såret i nedre delen af ventrikeln med 9 mukosa och 13 serosa-suturer. Det öfriga ventrikelsåret hade blifvit hopsyddt med 10 mukosa- och 10 serosa-suturer. Steriliserad gas hade hela tiden legat under operationsfältet och intet mag- eller tarminnehåll hade inträngt i bukhålan. Sedan de manipulerade viscera blifvit rengjorda med svag sublimatlösning, hopfästades buksåret. Operationen hade räckt $3\frac{1}{2}$ timmar, och pat:s tillstånd derunder hade varit rätt dåligt, pulsen mycket liten, svag och hastig. Flera gånger måste eterinjektioner gifvas. På aftonen var pat. äfven något ordig. På natten och dagen derpå bättre, men pulsen var alltjämt svag och hastig (130—140). Konjak och vatten matskedvis, äfven buljong. D. $\frac{7}{10}$ äfven kräkningar. $\frac{8}{10}$ Försämringen tilltog, pulsen blef allt mindre. Upprepade eter- och kamferinsprutningar. På aftonen 1 liter koksaltlösning i subkutan injektion, hvarefter pulsen för en stund höjde sig. På natten till den $\frac{9}{10}$ afled pat.

Sektion. Vid bukens öppnande fanns i densamma ingen utgjutning af blod eller annan vätska. Peritoneum parietale och viscerales öfverallt glatt och glänsande. Intet spår af peritonit. Sutureringen höll öfverallt fast och stadigt. Fullständig sammanlödning af peritonealytorna vid såränderna. Ventrikeln utspänd af vätska. Omentet, som var särdeles stort, hade klibbat fast vid bakre såränden och derigenom skyddat den. Colon transversum utan an-

märkning. Hjärtat stort, slapt och sladdrigt, med riklig fettbeläggning på ytan. Dess mynningar och valvler friska, men stark fettdegeneration af muskulaturen. Lungorna utan anmärkning, likaså mjelte och njurar. Ingen metastas i levern. Dödsorsaken således tydligen framkallad af fett-hjerta.

Af ofvanstående kasuistik framgår, att i alla fallen ingen infektion, ingen peritonit uppkommit efter operationerna. Likaså framgår, att intet tekniskt fel blifvit begånget, som förorsakat eftergifvande af någon sutur eller hindrat sammanlödningen af de peritoneala sårytorna.

I fallet 2 förorsakades döden af inanition till följd af de gallblandade kräkningarne, som voro omöjliga att stilla. Liknande fall hafva förut förekommit efter denna operationsmetod, bland andra ett af Billroth opererad fall, som slutade med döden på 10:de dagen i följd af ihållande gallfärgade kräkningar; likaså ett fall å Lückes klinik. Naturligen orsakas dessa kräkningar deraf, att gallan, i stället för att gå direkt från den tillförande i den afförande jejunumslyngan, passerar in i ventrikeln genom den nybildade kommunikationsleden. Helt visst inträffar detta rätt ofta i dylika fall, fastän somliga magsäckar äro mera fördragsamma för gallblandadt innehåll än andra. v. Hacker kan därför med skäl i sin nyss utgifna bok (*Chirurgische Beiträge*) till fördel för sin metod (fästande af tarmslyngan å ventrikelns baksida) säga: "nach dieser Operation wurde niemals ein Rückfluss von Mageninhalt in den zuführenden Darmtheil und niemals galliges Erbrechen, also störendes Einfließen von Galle in den Magen, beobachtet."

I fallet 4, som slutade letalt efter pylorusresektion, fanns som dödsorsak en starkt utvecklade fettbildning i hjertat, hvilken ej tyckts hafva gifvit några framstående symptom under lifvet och ej heller diagnosticerades före operationen. Naturligtvis medverkade den långvariga narkosen och den djupt ingripande operationen att ytterligare nedsätta det sjuka hjertats verksamhet.

(Från Sahlgrenska sjukhusets kirurgiska afdelning.)

Några anteckningar om s. k. Nässvalgpolyper.

Af O. Forssell.

Då under de senare åren å härvarande sjukhus förekommit åtskilliga fall af benigna svulster, utgående från basis cranii, har jag härmed, på uppmaning af doktor Lindh, tagit mig den friheten att framkomma med en redogörelse för några af dessa fall, hvilka både i kliniskt och patologiskt hänseende ej äro utan sitt intresse. Dessförinnan torde det dock tillåtas mig att lemna en allmän öfversigt af dessa egendomliga svulster, de kliniska symptom, som de framkalla, deras byggnad äfvensom de olika operationsmetoderna, som föreslagits till deras aflägsnande. Härvid utesluter jag helt och hållet de maligna tumörerna, hvilka ju hafva ett helt annat förlopp och en helt annan prognos.

De godartade svulsterna i cavum pharyngonasale eller, såsom de kallas, nässvalgpolyperna, kan man efter deras ursprung dela i intra- och extra-pharyngeala. De förra utgå från undre ytan af clivus Blumenbachii, från kilbenet samt från roten af inre ytan af lamina pterygoidea interna. De senare deremot från det foramen lacerum anticum sluttande fibrocartilago basilaris, från sutura petroso-occipitalis och slutligen från fossa pterygopalatina (de s. k. retro-maxillära svulsterna). Gemensamt för dem alla är deras benignitet i patologiskt-anatomiskt hänseende, i det att de nämligen aldrig växa in i väfnaden, utan endast förtränga, drifva benen ifrån hvarandra och usurera dem genom sitt tryck. De kunna sålunda växa in i näshålorna, antrum Highmori, silbens- och pannhålorna, genom fissura orbitalis

inferior in i orbitan, genom basis cranii, usurerande benet, in i kranialkaviteten.

Allt efter den olika utgångspunkten och deras tillväxt framkalla nu dessa svulster en mängd olika symptom. De intrapharyngeala framkalla först ett inkräktande af den nasala respirationen, senare, då de växa nedåt, äfven af respirationen genom munnen och af deglutitionen. Hvad särskildt de ofvannämnda s. k. retromaxillära svulsterna beträffar, så framkalla de, då de växa in i orbitan, en neuralgi af infraorbitalis eller alveolares posteriores samt exophthalmus. Om nässvalgpolyperna få fritt utbreda sig, så får man vanligen se uppdrifning af näsan och öfverkäken, ansvällning öfver och under okbågen, ibland äfven symptom från cerebrum, framkallade genom tryck af svulstmassan, då densamma perforerat in i kranialkaviteten. Exitus kan inträffa genom qväfning, genom dysphagi, genom svulstens tryck på hjernan. Ett ofta mycket farligt symptom hos personer med nässvalgpolyper utgöres af blödningarne. Dessa kunna stundom vara mycket häftiga och framkalla derigenom högggradig anämi, ja kunna till och med någon gång vara direkt dödliga. Enligt Beusch måste man hänföra såväl dessa spontana blödningar som blödningarne vid operation ej endast på själfva tumören utan äfven, och ofta till större delen, på den beklädande slemhinnan.

Med afseende på nässvalgpolypernas byggnad märkes, att de äro att uppfatta såsom fibromer, hvilka kunna vara ganska kärlfattiga, men oftast äro utmärkta genom sin rikedom på kärl, så att de i somliga fall till och med kunna kallas fibroangiomer, kavernösa fibromer. Dessa svulster äro visserligen godartade, men kunna likväl genom sitt topografiska läge och genom sin esomoftast hastiga tillväxt blifva mycket farliga.

En egendomlighet för nässvalgpolyper är, att de nästan uteslutande förekomma hos unga personer. De äro sällsynta hos barn under 10 år, vanligast emellan det 11:te

och 25:te lefnadsåret och förekomma då nästan endast hos det manliga könet.

Med afseende på dessa svulsters ätiologi torde ej kunna sägas, att man med visshet vet något. Följande synes mig likväl ej sakna sitt intresse. Hirschberg uppställer, stödd på två fall af nässvalgpolyper, hvilka han haft under behandling, den satsen, att det är ur rester af chorda dorsalis, som de godartade nässvalgpolyperna utveckla sig. Med denna teori stämmer också platsen för deras fäste öfverens, då denna motsvarar medullarrörets omböjningsställe vid öfvergången emellan hufvudet och ryggmärgen. Dessa rester af chordan skulle nu i följd af den under pubertetstiden förökade tillväxtenergien hafva kommit till proliferation. Virchow har den åsigten, att nässvalgpolypernas uppkomst beror på kranialbenens utveckling, som från pubertetstiden försiggår olika hos de båda könen. Detta skulle förklara den uteslutande förekomsten af dessa svulster hos ynglingar derigenom, att periostet å främre ytan af dessas cerebralkota af obekant orsak försattes i hypertrofiskt tillstånd utan förmåga att bilda ben. Under barnåldern skola dessa svulster förekomma lika ofta hos båda könen, emedan kraniets utveckling då visar större öfverensstämmelse. Sedan utvecklingen af kraniet efter det 25:te lefnadsåret afslutats hos män, kunna svulsterna försvinna af sig själfva, såvida patienten ej dessförinnan dukt under. Denna åsigt synes mig ej sakna stöd. Sålunda ser man ju ytterst sällan några typiska nässvalgpolyper uppträda efter det 25:te lefnadsåret. Vidare finnas inom litteraturen anförda fall af s. k. sjäfläkning. Så omnämner Hueter en patient, som opererades vid 15 års ålder. Då han var 18 år gammal, visade sig ett slags papillärsvulst på basis cranii. Denna förminskades dock sedermera småningom och var i patientens 20:de år fullständigt försvunnen. Hueter ser häri spontanläkning af ett recidiv efter slutad pubertetsutveckling. Lafont och Gosselin anförä äfven ett par fall af sjäfläkning. Molière anser

hvarje operation af nässvalgpolyper efter det 20:de lefnads-året för öfverflödig. Såsom exempel framhåller han ett fall, läkt sedan 5 år. Bruslé omnämner i sin uppsats: "de la guérison de certains polypes nasopharyngiens par les methodes palliatives et lentes" äfven ett par fall af spontanläkning, iaktagna af honom, och föreslår därför ett möjligast expektativt förfarande med afseende på sjuka, hvilka stå nära slutet af tillväxtperioden, emedan svulsten derefter kan blifva stationär eller spontant kan försvinna.

Härmed är jag inne på behandlingen af de s. k. nässvalgpolyperna. Utrymmet tillåter mig ej här att ingå på någon mera detaljerad framställning af alla de olika behandlingsmetoder, som föreslagits. Jag vill därför yttra mig så kortfattadt som möjligt. I sammanhang dermed vill jag omnämna, hvad jag inom den nyare kirurgiska litteraturen funnit af intresse angående dessa svulster.

Utförandet af operationer å nässvalgpolyper är förbundet med ganska stora både faror och svårigheter. Dessa bestå i operationsfältets svårtillgänglighet, den häftiga blödnigen vid operationen, hvilken ofta är mycket svår att stilla och stundom direkt ledt till patientens död, samt patientens qväfning genom nedflytande af blod i luftvägarne under operationen. Detta senare har man, som bekant, sökt hindra genom att före operationen göra tracheotomi med inläggande af tamponkanyl eller genom att operera å nedhängande hufvud. Det bästa sättet torde dock vara att under operationen hålla patienten i sittande ställning med hufvudet något framåtböjdt samt endast i lindrig narkos.

En bland de äldre metoderna till aflägsnande af nässvalgpolyper är ligaturen. Dervid föres en slinga af starkt silke från näsan omkring svulsten och åtdrages hårdt. Fördelarne af denna metod skulle vara, dels att tumören kan aflägsnas utan blödning, dels att genom konstriktionen medföres en efterföljande nekros af insertionspartiet å basis cranii. Denna metod är dock numera nästan öfvergifven dels till följd deraf, att den ej är användbar, då tumören

har en bred bas eller nått någon större utbredning, dels emedan det genom afbindningen inträder nekros af tumören med åtföljande septikämi till följd af resorption och inflytande i lungorna af det förruttande sekretet. Mycket använda äro deremot två andra operationsmetoder, nämligen ekrasören och den galvanokaustiska slingan. Af dessa förtjenar den senare afgjordt företrädet dels till följd af dess lätta införande genom näsan, dels emedan blödningen vid svag ström är mycket obetydlig. Nélaton, Ciniselli och Bruns hafva sökt att bringa nässvalgpolyper till försvinnande genom elektrolys. De instucko två genom ledningstrådar med ett galvaniskt batteri förenade platinanålar i tumören, hvarigenom inträdde en nekros af väfnaden, afstötning af det nekrotiserade samt efterföljande skrumpning af det återstående af svulsten. Denna behandling med elektrolys måste dock upprepas mångfaldiga gånger, innan tumören kan bringas att försvinna. Setterblad omnämner två fall af nässvalgpolyper, det ena hos en 24 års' man, det andra hos en 12 års flicka. I båda dessa fall gjorde han först resektion af svulsten medelst den galvanokaustiska slingan och derefter bortbränning af den återstående stumpen medelst den af Beusch angifna galvanokaustiska hålmejseln, hvilken skall förena verkan af knif och skarp slef med fördelarne af ett galvanokaustiskt instrument. Setterblad uttalar sig afgjordt till förmån för den rinoskopiskt-galvanokaustiska metoden, dels emedan man dervid kan arbeta under ögats ledning med de finaste instrument, dels på grund af den obetydliga blödningen och den nästan fullständiga frånvaron af smärta, så länge man håller sig till själfva svulsten.

Alla dessa metoder kunna dock ej komma till användning i sådana fall, der nässvalgpolyperna nått en större utbredning eller hafva sitt fäste på mera otillgängliga ställen af basis cranii. I sådana fall måste man först genom särskilda föroperationer blottlägga tumören. Sedan lång tid tillbaka hafva därför mångfaldiga operationsmetoder före-

slagits, i det att man skaffat sig tillgång till svulsten dels från munnen dels från näsan dels från öfverkäken.

Från munnen har man företagit extirpation af näs-
svalgpolyper genom klyfning af gommen. Manné utförde
denna operation första gången år 1711. Hueter delade
mjuka gommen genom ett längdsnitt och företog derefter
extirpation af tumören genom afklipping med Coopers
sax. Boeckel företog äfven en klyfning af velum, men
delade detsamma ej på längden, utan på tvären på gränsen
till hårda gommen. Gussenbauer banade sig väg till en
basilar pharyngealsvust genom resektion af hårda gommen.

Från näsan har man på många sätt försökt extirpa-
tion. Så föreslår König klyfning af näsan och införande
genom densamma af en långskaftad, ej allt för skarp sked,
med hvilken man under kontroll af det bakom gomseget in-
förda venstra pekfingeret afsliter nybildningen från dess fäste
å basis cranii. Denna operationsmetod kan dock naturligtvis
endast komma till användning vid svulster af ringa utbred-
ning. En annan metod, som skaffar bra tillgång till svul-
sten, är den temporära osteoplastiska resektionen af ena
näsalfvan eller af hela näsan, utbildad af v. Langenbeck,
Linhart och Bruns. Vidare har man i många fall af
nässvalgpolyper, då dessa nått en större utbredning, företa-
git resektioner af öfverkäken, dels totala dels partiela.
Slutligen har v. Langenbeck utbildat en operationsmetod,
som har fått användning vid de s. k. retromaxillära svul-
sterna, nämligen den temporära resektionen af öfre delen
af öfverkäken, hvarvid densamma i form af en horisontel
benmjukdellob slås öfver åt andra sidan af ansigtet och
efter svulstens extirpation åter inpassas. Till följd af den
häftiga blödnigen både vid själfva föroperationen och vid
tumörens extirperande användas dock numera dessa resek-
tionsmetoder endast, då svulsten nått en så stor utbredning,
att dess aflägsnande på annat sätt är omöjligt. Slutligen
vill jag nämna, att Dupley och Barthélemy meddela
två ganska intressanta observationer öfver nässvalgpolyper,

behandlade med interstitiella injektioner af klorzink efter föregående klyfning af velum; i ett fall hos en 14-årig gosse, på hvilken tumören medelst ekrasör och termokauter ej hade kunnat aflägsnas, gjordes 12 gånger injektioner, hvarje gång af 12 droppar af en mättad klorzinklösning medelst en Pravaz spruta i svulstväfnaden. Tumören försvann nästan helt och hållet. Hos en omkr. 14-årig gosse aflägsnades större delen af svulsten med ekrasör, och derpå gjordes genom det klufna velum 9 injektioner af hvarje gång 5 droppar klorzinklösning. De derigenom framkallade skorporna afstöttes utan blödning. Tumören förminskades betydligt. Dock iaktogs intet af de båda fallen till fullständig läkning, tillägger författaren.

Statistiska uppgifter angående nässvalgpolyperna äro ganska fåtaliga inom litteraturen. Wasserman nämner i sitt arbete "Beiträge zur Statistik der Bindegewebstumoren des Kopfes", att bland 86 fall af olika svulster, å hufvudet förekommo 5 nässvalgpolyper, hvilka alla kommo till operation: i 4 af dessa fall blefvo patienterna fullständigt läkta, den femte dog i meningitis, emedan svulsten växt in i cavum cranii. Michaux offentliggör i en resumé sina 35-åriga erfarenheter öfver operationer af nässvalgpolyper. Elektrolys gaf alltid negativt resultat. Partiella käkresektioner använde Michaux 3 gånger, deraf 2 gånger med dödlig utgång, totala käkresektioner 14 gånger, deraf 3 dödsfall. I allmänhet tala således hans resultat till förmån för de utbreddare resektionerna. Dubief säger sig hafva opererat 18 fall af nässvalgpolyper, hvaraf endast 2 dödsfall. Heitman omtalar slutligen 6 fall af typiska nässvalgfibroider, opererade på kirurgiska kliniken i Göttingen, alla med gynnsamt resultat.

För att en patient, behäftad med nässvalgpolypp, skall kunna sägas vara fullständigt botad från sitt onda, är det ej tillräckligt att exstirpera själfva tumören, man måste äfven så grundligt som möjligt söka aflägsna själfva fäste för tumören, den s. k. roten. Då denna anses vara periostet

å basis cranii, så är det lätt att förstå, hvilka svårigheter, som möta dervid. König anser, att intet förfarande erbjuder några säkra garantier dertill. Någon resektion å basis cranii torde knappast vara möjlig. Den enda metod, som visat sig vara af god verkan, är bortbrännandet af stumpen medelst termokauter, hvilket sker i flera seancer. Enligt många kirurgers åsigt är detta dock ej nödvändigt, annat än då stumpen genom sitt tillväxande förorsakar patienten besvär. I många fall har man ej alls sett några recidiv utveckla sig, och, såsom jag förut nämt, man har sett fall, der rester af den exstirperade nässvalgpolyphen försvunnit af sig själfva.

Jag öfvergår nu till de fall, som behandlats å härvarande sjukhus. Sedan år 1882 hafva å Sahlgrenska sjukhuset förekommit 16 fall af nässvalgpolyper. Af dessa vill jag här endast anföra tre, hvilka alla behandlats här under de senaste två åren. Detta dels, emedan de öfriga endast varit svulster af ringa utbredning, hvilka alla behandlats medelst ekrasör och termokauter med godt resultat, dels emedan närmare uppgifter saknas angående dessa med afseende på anamnes och status præsens. I alla de tre fall, som här föreligga, är det fråga om ynglingar i åldern emellan 18 och 20 år. I ett fall behandlades tumören med ekrasör, i de båda andra fallen, vid hvilka tumören hade nått en större utbredning, företogs först partiel resektion af öfverkäken och derpå exstirpation af tumören.

1. Ynglingen A. Antonionsson, 18 år. Int. d. $\frac{3}{8}$ 1891. Sedan två år tillbaka har patienten lidit af en allt mera tilltagande inskräkning af nasalrespirationen, besvär vid sväljning samt då och då påkommande blödningar ur näsa och mun.

Status præsens: Högra halfvan af ansigtet frambugtadt. Högra kinden kännes dock mjuk. I munhålan står velum starkt frambugtadt och något under detsamma synes en tumör bugta fram. Densamma kännes hård och fast och tyckes fästad i taket på pharynx medelst en bred pedunkel. $\frac{4}{8}$. En något mera än valnötstor del af tumö-

ren aflägsnades medelst ekrasör. Blödningen ej särdeles stark. $12/8$. Paquelin. $19/8$. Sedan för några dagar sedan bakre vidfästningen för svulsten blifvit lossad med sax, anlades i dag ekrasörslingan om den fattbara delen af svulsten. Slingan kunde ej (för fara, att tråden skulle bresta) fullkomligt åtdragas, utan kvarlemnades ekrasören i näsan. En något mer än hasselnötstor svulstknöl aflägsnades medelst slingan. Häftig blödning, som dock efter tamponering genast stannade. $2/9$. Utskrapping af stumpen med skarp slef. Patienten utskrefs den $5/9$. Det fanns då å basis cranii kvar en högst obetydlig rest af svulsten, som ej förorsakade patienten det ringaste besvär. Någon undersökning af de exstirperade svulststyckena företogs ej, men ställdes diagnosen på ett fibrom på grund af svulstens makroskopiska utseende.

2. S. J. Johansson, 20 år. Int. d. $30/8$ 1892.

För $1\frac{1}{2}$ år sedan började han lida af tilltäppning af näsan. Detta tilltog småningom, hvarför han för $3/4$ år sedan sökte läkarehjelp, då han skars och brändes i näsan. För circa 1 månad sedan märkte patienten för första gången en svullnad i munnen.

Status præsens: Högra näsborren fullständigt utfyld af en tumör. Högra näsbenet uppdrifvet. Hårda gommen fullständigt perforerad på högra sidan af en stor framväxande tumör utan ulcerationer. Mjuka gommen nedträngd af den ofvanliggande tumören. I cavum retronasale kännes en stor, nästan hela kaviteten utfyllande svulst.

Operation d. $31/8$. Från venstra ögonvinkeln nedåt längs utmed kanten af venstra näsvingen och vidare strax nedom kanten af venstra näsöppningen fram till medellinien lades ett snitt ända in till benet, hvarefter öfverläppen genomskars i medellinien. Derefter löspreparering af mjukdelarne från näs-öfverkäks-benet. Högra näsbenet bortmejslades. Undre orbitalranden bibehölls och antrum Highmori uppmejslades utåt och åt näskaviteten. Alveolarprocessen genommejslades derpå i medellinien och strax framför sista molaren. Tumören befanns nu vara adherent till nashålans botten och sida, till hårda gommen samt med sin bas fäst vid hjernskålens bas. Ekrasör kunde ej med fördel användas, enär den afgled. Tumören lossades därför med sax, hvarefter fast tamponad och suturer. Operationen varade något öfver en timme. Under hela tiden endast mått-

lig narkos. Blodförlusten tämligen stor, hvarför gjordes en koksalttransfusion af circa 700 gram. $\frac{5}{9}$. Suturena borttogos. Något var utkom genom suturhålen. $\frac{11}{9}$. Ekra-sör på stumpen. $\frac{12}{8}$. Paquelin. $\frac{13}{9}$. Paquelin. $\frac{20}{9}$. Patienten utskrifves läkt.

Den mikroskopiska undersökningen af tumören (utförd af Dr. Tirén) visade, att denna bestod af en tämligen cellfattig, fast bindväf med rikliga, tunnväggiga, nybildade, oftast dikotomiskt grenade blodkärl (kapillärer samt talrika lymfspringor). Från dessa senare synes på flera ställen en cellnybildning hafva egt rum, så att man erhåller bilder af grenade, tämligen tjocka, solida cellsträngar och kolfvar uti den fasta, cellfattiga bindväfven (endotelioma).

Diagnos: Fibroma teleangiectaticum (endotelioma).

Sedermera har jag haft tillfälle att se patienten en gång under Nov. månad. Årret efter operationen var föga vanställande. Någon skillnad emellan högra och venstra näs- och ansigtshalfvan var ej märkbar. I bakre högra delen af hårda gommen syntes en elliptisk defekt. Språket nasalt. Tillræddes lösgom. Å basis cranii syntes ännu en obetydlig rest af svulsten.

3. J. A. Johansson, 18 år. Int. d. $\frac{22}{10}$ 1892.

Patienten, som förut alltid varit frisk och stark, började på hösten 1889 lida af tidtals påkommande snufva samt en känsla af tilltäppning af venstra näs-halvvan. Sommaren 1890 märkte han i venstra näsöppningen en rödaktig svulst. Någon förändring af näsans form skall då ej hafva förefunnits. Patienten intogs å härvarande sjukhus i augusti 1890 och under den tid, han då vistades på sjukhuset, brändes svulsten upprepade gånger med termokauter. Behandlades på samma sätt från okt. 1890 till jan. 1891. Alltsedan hösten 1890 har den nasala respirationen varit alldeles upphäfd; patienten har endast andats genom munnen. Under loppet af år 1891 tillväxte svulsten. Patienten intogs åter på sjukhuset i okt. 1891, och då gjordes försök till radikaloperation genom klyfning af näsan och öfverläppen. I jan. detta år märkte patienten en utbugtning af venstra sidan af näsan, hvilken utbugtning sedermera småningom ökats. Patienten har aldrig lidit af smärta i panntrakten eller näsan och har ej heller haft någon svårighet att svälja. Blödningar ur näsan hafva stundom förekommit. Lukten har sedan hösten 1891 varit

alldeles borta. Ingen minskning af hörseln har förekommit. Patienten har fortfarande under detta år behandlats med brännningar i näsan med termokauter hvarje månad.

Status præsens: Venstra näshalfvan utbugtad och betydligt bredare än den högra. Venstra näsöppningen utfylld af en ganska fast, rödgrå, lätt blödande svulstmassa. Densamma tilltäpper alldeles bakre venstra choanen och uppfyller större delen af cavum retronasale, sträckande sig upp till basis cranii, hvarest den tyckes hafva sitt fäste. Nässeptum är betydligt bugtadt öfver åt höger. Någon frambugtning af hårda eller mjuka gommen är ej för handen. Hela venstra öfverkäkshalfvan mera framskjutande än den högra. Ingen exophthalmus.

Operation d. 25/10. Snitt såsom i föregående fall. Afpreparering af hudmuskellambåen från underliggande ben till ungefär halfva öfverkäkens bredd. Venstra näsvingen lossades och slogs öfver åt höger. Derefter lossande af periostet med elevatorium från den blottade delen af venstra öfverkäken. Nu lades ett snitt längs utmed venstra kanten af hårda gommen, hvarefter slemhinna och periost lossades från benet ända till medellinien. Med mejseln gjordes derefter resektion af mediala hälften af venstra öfverkäkens alveolarprocess samt främre väggen af antrum Highmori. Venstra näsbenet bortogs med bentång. Den nu blottade svulsten befanns hafva stor utbredning, i det att den icke blott intog hela venstra näshalfvan och bakåt sträckte sig upp till basis cranii, hvarest den var bredt fästad, utan äfven utfylde hela venstra antrum Highmori. Nu skreds till exstirpation af svulsten, hvilken utfördes så radikalt som möjligt. Ganska stora svårigheter mötte dervid, emedan tumören var ovanligt intimt förenad med bakre pharynxväggen samt med näshålans golf och sida. Den särdeles rikliga blödnigen stillades genom energisk tamponering med jodoformgas. Någon bränning med termokauter af svulstens fäste å basis cranii kunde på grund af nödvändigheten att hastigt stilla den häftiga blödnigen ej företagas. Hudsåren hopsyddes. Den mukösperiostala lambåen å hårda gommen fastsyddes vid alveolarkanten. Ändarne af den till tamponering af sårhålan använda jodoformgasen utfördes genom näsöppningen. Under operationen hölls patienten i sittande ställning med något framåtlutadt hufvud. Måttlig narkos. Pulsen var vid slutet af operationen på grund af den stora blodförlusten knappast känn-

bar, hvarför patienten erhöill en koksalttransfusion af circa 500 gram. ^{29/10}. Patienten har under de närmaste dagarne efter operationen haft svårt att svälja till följd af svullnad af gommen. Temperaturen afebril. ^{30/10}. Suturerna borttogos till en del. ^{1/11}. Efter borttagande af den sårhålan utfyllande jodoformgasen uppstod en ganska ymnig blödning, hvarför man åter måste tamponera med jodoformgas. ^{10/11} Jodoformgastamponerna borttogos. Nästan ingen blödning. Såret fullständigt läkt. Endast å venstra sidan af hårda gommen förefinnes en mindre defekt, emedan några suturer här hade släppt en tid efter operationen. ^{12/11}. Patienten utskrifves i dag. Å basis cranii en tämligen obetydlig, behård svulst. Språket nasalt.

Den exstirperade tumören, som var af ett medelstort äpples storlek, var af gråhvit färg och fast konsistens. Vid mikroskopisk undersökning (af Dr. Tirén) befanns den visa enahanda utseende som i föregående fall, bindväfven var dock mera cellrik och lymfspringor med cellproliferation i form af solida strängar eller kolfvar ej tydliga. *Diagnosen* ställdes på Fibrosarcoma teleangiectaticum.

Vi se här således tre typiska fall af nässvalgpolyper, hvilka alla behandlats med godt resultat. I alla tre fallen har tumörens s. k. rot lemnats qvar. Man bör hoppas att kunna förhindra recidiv genom upprepade bränningar af roten.

Inom den nyare litteraturen har jag endast på ett ställe kunnat finna något af intresse angående nässvalgpolypernas byggnad. Hirschberg beskriver nämligen två typiska fall af dessa svulster. Det ena träffade en 31-årig kvinna och förde till döden genom inväxande i kranialkaviteten. I det andra fallet var det fråga om en 26-årig man, som sedan sitt 20:de år lidit af de besvär, som orsakas af en nässvalgpolyg. Svulsten var bredt fästad vid basis cranii och utfylde nästan hela cavum pharyngonasale. Denna svulst exstirperades till större delen med galvanokauter. Ett stycke kvarlemnades å basis cranii. Två år efter operationen befann sig patienten ännu fullkomligt väl. Han hade aldrig vidare lidit af några blödningar, ej heller några besvär vid andningen eller deglutitionen. Detta fall är

af särskildt intresse, emedan det i mycket öfverensstämmer med ett af de här å sjukhuset behandlade (fallet 1). Den mikroskopiska undersökningen af tumören i de båda fallen, säger Hirschberg, gaf vid handen, att båda svulsterna äro s. k. nässvalgpolyper, den förra ett perivaskulärt sarkom, den senare ett fibrom. I båda fallen funnos här och der inströdda s. k. embryonala snernceller samt äkta hyalint brosk. Hirschberg grundade härpå sin ofvannämnda teori om uppkomsten af nässvalgpolyperna ur rester af chorda dorsalis. Ehuru tumören i det förra fallet var ett äkta sarkom, måste den dock kallas godartad, dels emedan inga metastaser kunde påvisas hvarken i lymfkörtlar eller inre organ, dels på grund deraf att tumören ej på något ställe inträngt i väfnaderna själfva, utan endast förträngt dessa. Hirschberg uttalar nu den åsigten, att båda tumörerna ursprungligen torde hafva varit likartade, då de ju båda skola hafva utgått ur rester af chorda dorsalis. Men deremot kan ej sägas, hvarför cellelementerna i det andra fallet hade en sådan anordning, att man blott kan tala om ett fibrom, under det att i det förra fallet det var fråga om ett äkta sarkom.

De ord, med hvilka Hirschberg slutar sin intressanta uppsats, äro, synes det mig, väl att beakta. Han säger nämligen, att då dessa retropharyngealtumörers byggnad och förlopp en gång blifvit bättre kända, än hvad nu är fallet, så skall det säkerligen blifva lättare att afgöra, hvilken behandling, som är att föredraga i det ena eller andra fallet, den expektativa eller den operativa.

Nefrektomi för hydronefros.

Af A. Lindh.

Bryggeriarbetaren J. A. A., 34 år, int. å Sahlgr. sjukhusets kirurg. afd. d. $16/5$ 92. Insänd från Med. afdelningen.

Anamnes: Pat. har upprepade gånger utan känd anledning fått häftiga smärtor i ileocecaltrakten i förening med förstoppning och kräkningar. Symptomen plågade räkka ett par dagar hvarje gång, hvarefter han kunde återtaga sitt arbete. Samtidigt har pat. märkt någon svullnad i högra sidan af buken, hvilken svullnad, enligt hvad han tror, i någon mån förefunnits äfven mellan anfallen. Urinen enligt pat:s uppgift blodig för 1 år sedan. Den 3:dje dennes fick pat, ånyo häftiga smärtor på samma ställe, hvarjämte han märkte en starkare svullnad derstädes. Inga kräkningar, deremot qväljningar. Snart inträdde förstoppning under några dagar. Ingen afgang af flatus. Pat. intogs å Med. afdelningen.

Status praesens $16/5$. Allmänna tillståndet tämligen godt. Ingen feber. En tydlig resistens synes och kännes, utfyllande högra sidan af buken mellan lig. Pouparti och nedre bröstkorgranden. Resistensen något fluktuerande. Vid palpation kan man med fingrarne komma in mellan resistensen och lig. Pouparti. Öfver nedre delen af resistensen är perkussionstonen kort tympanitisk, å den öfriga delen af densamma matt. Urinen klar utan albumin. Någon bestämd diagnos kunde ej göras. Atskilliga symptom talade för möjligheten af en inflammationssvulst i trakten af coecum, möjligen utgången derifrån, en åsigt, som man äfven delade å Med. afdelningen. Frånvaron af feber motsade dock i någon mån detta antagande. För hydronefros talade egentligen endast tumörens läge. Emellertid, då pat. hade häftiga plågor, gjordes retroperitoneal operation samma dag, pat. inkom å afdelningen. Snitt ofvan spina ilei ant. sup. parallelt med lig. Pouparti genom bukbetäckningarne

till peritoneum, som undansköts i stor utsträckning, till dess tumören slutligen anträffades retroperitonealt. Incision gjordes nu i densamma, hvarvid den befanns vara en stor cysta, ur hvilken tömdes minst 1 liter urinluktande, grumlig vätska, som troligen till följd af operationen var blodblandad. Drainage och förband. Efter operationen var tillståndet hela tiden tillfredsställande, men afsöndringen var mycket ymnig och besvärlig för pat. Den på naturlig väg låtna urinmängden var ofta 3—4000 kbetm. per dygn. Urinen klar och normal. Oaktadt pat. mycket led af att ständigt ligga våt, afböjde han förslaget att exstirpera den inciderade njuren. Utskrefs d. $15/7$.

Men redan efter 3 dagars förlopp kom han ånyo tillbaka till sjukhuset med begäran att blifva qvitt den skadade njuren. Hans urinfistel hade, då han nu varit uppe och klädd, varit honom mångdubbelt besvärligare. Han intogs nu d. $18/7$. Tillståndet för öfrigt godt. Urinen, som afgår från urinblåsan, är fortfarande klar utan albumin och låtes dagligen i en mängd af 3—4 liter. $21/7$. Nefrektomi. Snitt parallellt med m. sacrolumbalis och ett 10 ctm. långt snitt vinkelrätt mot det första. Njurens uttagande erbjöd rätt betydliga svårigheter på grund af fasta adherenser till peritoneum, men aflossandet lyckades dock, utan att någon perforation på peritoneum uppkom. Njurbäckenet befanns betydligt utvidgadt, hvarför man ej lyckades erhålla någon smal pedunkel. Öfver den breda stjelen lades en större klämtång, som fick qvarsitta i såret. Derpå afklipptes den utanför tången liggande delen af njuren, som befanns bestå af 7 à 8 utvidgade cystrum. Parenkymet mycket atrofiskt; delvis dock 1 à 2 ctm. bredt. Den uttagna njuren mätte 15 ctm. i längd. Det horisontala snittet hopfästades. Det vertikala uttamponerades med jodoformgas och förbands. Tillståndet efter operationen var första och andra dagen nedsatt. Puls 130. Feber till d. $28/7$. Tången kunde ej borttagas förrän d. $25/7$, emedan vid försök att lossa den blödning uppkom. De första dagarne efter operationen blef urinen något grumlig och höll ägghvita. Detta fortfor under hela tiden, pat. vistades på sjukhuset, och ansågs möjligen bero derpå, att vid manipulationerna under operationen hindret i den förut afspärrade ureteren försvann och afsöndringen från det afklämda njurbäckenet fördes ner i urinblåsan. Mot antagandet, att den andra njuren afsöndrade abnorm urin, talade dels den om-

ständigheten, att urinen var alldeles normal före operationen. och dels det förhållandet, att pat. blef allt bättre och friskare, oaktadt urinen ibland var betydligt tjock och albuminhaltig. Pat. hade ej heller några smärtsamma trängningar till urinkastning, ej heller några andra subjektiva sjukliga symptom, som tydde på en primär blåskatarr.

Urinens mängd var fortfarande stor, d. $\frac{22}{7}$ 500 kbtm., sedermera ökades den snart ända till 4375 kbtm. d. $\frac{27}{7}$. Sedermera höll den sig uppe till en kvantitet af 2—3 $\frac{1}{2}$ liter på dygnet. Spec. vigten 1,005—1,008. Inga cylindrar, ej heller njur- eller blåsepitel. Deremot funnos i sedimentet en stor mängd varceller och hvita blodkroppar. Reaktionen sur. $\frac{11}{8}$ öppnades en mindre retroperitoneal sänkningsabscess i lumsken strax ofvan lig. Pouparti. $\frac{15}{8}$ pat. klädd och uppe. Såret i ryggen läktes långsamt och var icke fullständigt läkt vid utskrifningen d. $\frac{12}{10}$. Pat. har sedan dess besökt polikliniken flera gånger. Ser frisk och stark ut samt är fet. Urinen dock ännu grumlig fastän mindre än förut.

Exstirpatio uteri sacralis.

Af A. Lindh.

I Hygieas Novemberhäfte 1892 har jag redogjort för en dylik operation, som jag utförde under våren 1891. Denna patient, som förevisade sig å sjukhuset i Januari 1893, är ännu fullkomligt frisk och recidivfri.

Då denna operation ännu icke så allmänt utföres, kan det vara af intresse att relatera ytterligare ett dylikt fall från Sahlgrenska sjukhuset.

Fru H. J. T. 45 år, intogs å Sjukhuset d. $\frac{9}{11}$ 1892. Hade genomgått partus 9 gånger. Alltid haft god helse. Farfar och farmor döda i kräfta. Haft hvit flytning under ett års tid. Blef för 5 mån. sedan undersökt af läkare, hvilken då förklarade, att kräfta fanns å lifmodern. Sedan denna tid har flytningen ökat och blifvit illaluktande och blodblandad samt åtföljd af häftiga smärtor. Under de sista 4 mån. hafva blödningsarne varit rätt svåra.

Status præsens: Pat. är blek, mager och kraftlös. Utseendet antyder mycket högre ålder, än hon har. Intet att anmärka från bröstets organ. Per vaginam kännes portio vaginalis kort, men hård, knölig och ulcererad. Uterus förstorad, men någorlunda rörlig. Parametrierna fria. Inga kännbara, ansvalda bäckenkörtlar. Nybildningen öfvergår något på främre vaginalväggen. Pat. ömmar något öfver uterus. Urinen innehåller spår af albumin. Från öfriga organ intet att anmärka.

^{12/11}. *Exstirpatio uteri sacralis.* Os coccygis och nedsta sakralkotan borttogos. Sedan rectum försigtigt trubbigt undanskjutits, öppnades peritoneum, och den förstorade uterus fattades med en klotång och framfördes i såret med mycket stor svårighet. Äggstockarne exstirperades och annexerna underbundos och afklippes. Nu först kunde uterus fullständigt framdragas och lösgöras från blåsan och

vagina, hvilken senare fullständigt hopsyddes med katgut. Sedermera anlades dylika suturer på peritonealsåret. Intet framfall af tarmar förekom, emellan pat. låg i Trendelenburgs läge med upphöjdt bäcken. Hudsåret hopsyddes delvis, och jodoformgastampong inlades i den stora sårhålan och i vagina. Cancern befanns intaga hela cervix uteri till något ofvan os uteri intern. i en utsträckning af 7 ctm. Inga ansvalda körtlar kändes under operationen.

¹⁴/₁₁. Tillståndet efter operationen jämförelsevis godt. Pulsen har varit hastig, 150 i går afton, i dag 140. Smärtorna ej synnerligen svåra. Väder och fæces afgå.

¹⁵/₁₁. Pulsen i dag 124. Afebril. Lösa afföringar. Tampongen i vagina ombytes.

²²/₁₁. Pulsen hela tiden hastig. Ingen feber. Allmänna tillståndet hela tiden rätt godt. Urinen ägghvitefri.

⁷/₁₂. Pat. får kläder och stiger upp.

²²/₁₂. Ett ytligt sår öfver nedre delen af os sacrum. I öfrigt rätt frisk, fastän hon har nervösa krämpor, är sömlös ibland och har tenesmer åt blåsan. Utskrefs.

I Januari 1893 underrättelser från patienten, att hon oafsedt mattighet och nervositet är frisk.

Rapport
Öfver de vid Allmänna och Sällgrannas Sjukhus, i Upsala, År 1887
vårdade sjuke och sjukvård

Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus
Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus
Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus
Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus
Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus
Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus
Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus	Sjukhus

Medicinska Afdelningen

Öfverläkare Med. Dr **H. Köster.**

Rapport

afgiften af
H, KÖSTER.

För afdelningens behof har genom Sjukhusdirektionens friskostighet möjliggjorts inköp af

Stenbecks centrifug.

Den i September år 1891 öppnade polikliniken för kostnadsfri behandling af invärtes sjukdomar hos medellösa från staden har under året besökts af omkring 7000 personer.

Å afdelningen hafva under året tjenstgjort 18 medicine kandidater längre eller kortare tid; kandidaterna hafva i likhet med året förut medföljt öfverläkarens ronder Måndag, Onsdag och Fredag, hvarvid de af dem författade journalerna granskats och märkligare sjukdomsfall demonstrerats.

Under året hafva å afdelningen vårdats 1190 patienter, eller 169 mera än föregående år, hos hvilka de i efterföljande tabell upptagna sjukdomar förekommit:

Rapport

H. KÖSTER.

Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Medicinska Afdelning
vårdade sjuke och sjukdomar år 1892.

	Qvarlig- gande från år 1891		Inkomne under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e				Qvarlig- gande till 1893						
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.			
															friske	förbätt- rade	oförbätt- rade	döde
Sjuke personer:	42	48	535	565	577	613	245	227	177	242	54	44	63	49	38	51	
Sjukdomar:																	
II. Morbi seniles.			2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Marasmus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
III.																	
Morbi contagiosi et miasmatici acuti.																	
Varicellæ	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Morbilli	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febricula	—	—	2	4	2	4	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris typhoides	—	—	16	16	16	16	3	9	—	—	10 ¹⁾	6 ¹⁾	2	—	1	1	—
Cholera nostras	—	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza	4	7	8	14	12	21	9	20	2	1	—	—	—	1	—	—	—
Erysipelas faciei	2	1	22	20	24	21	17	17	—	—	3	—	—	2	—	3	—
" laryngis	—	—	1	2	1	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—
" pharyngis	—	—	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
" ambulans	—	—	—	5	3	5	3	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Pyæmia	1	—	2	5	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris puerperalis	—	1	1	5	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gonorrhœa	—	—	5	2	7	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Remitterade till epid. sjukhuset.
²⁾ Remitterade till kirurg. afdeln.

	Qvarlig- gande från år 1891		Inkomne under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e				Qvarlig- gande till år 1893			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	förbätt- rade		döde		m.	qv.	
								m.	qv.	m.	qv.			
Cystitis gonorrhoeica	—	—	3	—	3	—	2	—	—	—	—	1	—	
Epididymitis "	1	—	3	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	
Orchitis "	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	
Bartholinitis "	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Rheumatismus articul. gonorrhoeica	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
IV.														
Morbi contagiosi et miasmatici chron.														
Tuberculosis pulmonum	7	2	53	29	60	31	—	28	17	18	8	11	4	2
Meningitis tuberculosa	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—
Coxitis "	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1 ¹⁾	—	—	—	—
Spondylitis "	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Mediastino-pericarditis tuberculosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis laryngis	2	—	5	1	7	1	—	2	—	5	1	—	—	—
" pharyngis	—	—	1	1	1	2	—	—	1	1	1	—	—	—
" intestinalis	—	—	2	1	2	1	—	1	—	1	1	—	—	—
" peritonei	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
" miliaris acuta	—	—	1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—
Syphilis	1	—	—	3	1	3	—	1	1	—	—	—	1	—
Gumma cerebri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris intermittens	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
V. Cachexiae.														
Scrophulosis	—	—	1	2	1	2	—	1	2	—	—	—	—	—
Scorbutus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Chlorosis	—	—	—	10	—	11	—	—	9	—	—	—	—	1
Anemia	—	2	6	32	—	34	—	5	24	—	—	—	—	2

1) Remitterad till kirurg. afdeln.

	Qvarlig- gande från år 1891		Inkomne under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e				Qvarlig- gande till år 1893		
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Aneurysma aortæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Hæmorrhoides	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlebitis	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Thrombosis v. cavæ inferioris v. femoralis	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Hydropericardium	—	—	1	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Synschia pericardi	—	—	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Dilatatio cordis acuta	—	—	1	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Infarctus cordis	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII. Morbi organ. respirationis.													
Epistaxis	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Laryngitis acuta	—	—	3	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—
" chronica	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Pleuritis exsudativa acuta sicca	1	2	21	15	—	17	—	—	—	—	—	—	—
" " hæmorrhagica	—	—	3	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Empyema	—	—	2	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—
Pneumothorax	—	—	8	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Bronchitis acuta	6	6	18	19	—	24	—	—	—	—	—	—	—
" chronica	3	2	15	16	—	18	—	—	—	—	—	—	—
" putrida	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Bronchiectasia	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Oedema pulmonum	—	—	13	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Hæmoptysis	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
" traumatica	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Infarctus pulmonum	2	—	6	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—

1) Remitterad till kirurg. åfdeln.

Pneumonia acuta	1	48	20	49	21	34	15	2	—	1	2	10	2	2	—	2	
Bronchopneumonia	2	11	7	13	9	5	5	1	—	—	—	1	1	2	—	1	
Pneumonia chron. interstitialis	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Gangrena pulmonum	2	2	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Emphysema pulmonum	2	19	3	21	9	—	—	17	6	3	2	—	2	—	1	—	
Asthma	1	1	3	—	4	—	1	—	3	—	—	—	7	—	—	—	
Hydrothorax	1	5	9	6	10	4	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	
Abscessus pulmonum	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
XIII. Morbi organ. digestiois.																	
a) <i>Morbi org. oris, pharyngis et oesophagi.</i>																	
Oidium linguae	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stomatitis gangrenosa	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Angina tonsillaris	3	5	9	8	18	8	17	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pharyngitis	—	2	1	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
b) <i>Morbi ventriculi et intestinalis.</i>																	
Catarrhus ventriculi acutus	—	3	3	3	3	3	3	8	16	—	—	—	—	—	—	2	8
" " chronicus	—	14	24	14	26	6	8	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus ventriculi	—	3	44	3	46	3	15	—	22	—	—	—	1 ¹⁾	—	—	—	—
Dyspepsia nervosa	—	—	—	—	4	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Atonia ventriculi	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gastralgia	—	1	3	1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarrhus gastro-intestinalis acutus	—	3	2	3	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" " chron.	—	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enterocolitis acuta	1	6	3	7	3	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" " ulcerativa	1	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" " chronica	—	2	3	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enteritis pseudomembranacea	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Typhlitis stercoralis	—	1	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pertyphtitis	—	3	4	3	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colica	1	—	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enteroptosis	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Remitterad till kirurg. afdeln.

	Qvarlig- gande från år 1891		Inkomne under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e						Qvarlig- gande till år 1892	
	m. qv.		m. qv.		m. qv.		friske		förbät- rade		döde		m. qv.	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Ileus	—	—	3	—	3	—	1	—	—	1 ¹⁾	—	—	—	—
Hernia	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1 ¹⁾	—	—	—	—
" incarcerated inguinalis peritonealis	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	1	—	—	—
Helminthiasis	—	—	1	4	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Pertontitis acuta	—	—	3	5	3	5	1	—	—	—	—	—	2	4
" chronica	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Hæmatemesis	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Obstipatio	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Ascites	2	1	10	8	12	9	8	—	—	4	5	—	—	—
c) <i>Morbi hepatis, duct. biliif. et pancreatis</i>														
Icterus catarrhalis	—	—	3	6	3	6	3	5	—	—	—	—	—	—
Cholelithiasis	—	—	1	8	1	8	1	4	—	2	—	—	—	—
Chirrhosis hepatis	—	—	7	3	7	3	—	—	—	5	3	2	—	1
" hypertrophica	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholecystitis et cholangitis suppurativa	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Pancreatitis chron.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus pancreatis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	1	—	—	—
XIV. <i>Morbi apparat. urogenit. et genital. mascul.</i>														
Nephritis acuta	—	1	15	7	15	8	8	7	1	1	—	—	—	—
" chronica	4	7	30	22	34	29	4	1	14	7	—	1	3	6
Hydronephrosis	—	—	2	2	2	1	2	—	—	2 ²⁾	—	—	—	—
Nephrolithiasis	—	—	2	1	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—

¹⁾ Remitterad till kirurg. afdeln.

²⁾ 1 pat. d.o

	Qvarliggande från år 1891		Inkomme under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e				Qvarliggande till år 1893			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	förbättrade		döde		m.	qv.	
								m.	qv.	m.	qv.			
Rheumatismus articularis chronicus	1	1	4	9	5	10	2	—	3	8	—	—	—	2
Malum coxae senile	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Perostitis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Necrosis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XVII. Morbi syst. cutis et tela connexivæ.														
a) <i>Morbi syst. cutis.</i>														
Erythema nodosum	1	1	—	8	1	9	1	7	—	—	—	—	—	2
Urticaria	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—
Herpes zoster	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psoriasis	—	—	2	4	2	4	1	2	1	1	—	—	—	1
Eczema	3	—	11	21	14	21	11	14	1	6	—	—	2	1
Prurigo	—	—	—	3	—	3	—	2	1	1	—	—	—	—
Acne	—	—	1	3	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—
Impetigo	—	—	1	3	1	3	1	2	—	—	—	—	—	1
Favus	—	—	3	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Herpes tonsurans	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Scabies	—	—	15	5	15	5	15	5	—	—	—	—	—	—
Herpes	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
" pharyngis	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Pruritus	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—
b) <i>Morbi tela connexivæ.</i>														
Abscessus, Phlegmone	—	—	4	3	4	5	1	—	—	—	—	—	—	—
Ileo-psoriasis purulenta	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panaritium	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—

1) Remitterad till kirurg. åfdehn.

Furunculosis																				
Carbunculus																				
Ulcera																				1
Noma																				
Empysema cutaneum																				
Cellulitis																				
XVIII. Tumores																				
Cancer ventriculi																				
" hepatis		1	3																	
" pancreatis																				
" duodeni																				
" peritonei																				
" uteri																				
" renis																				
" ovarii																				
" sterni																				
Myoma uteri																				
Sarcoma thymi et hepatis																				
" pulmonum																				
" retroperitoneale																				
Tumor cerebri																				
" medullæ spinalis																				
" lienis																				
" vesicæ																				
XIX. Vulnere et intoxicat. acut.																				
a) <i>Vulnere, traumata.</i>																				
Fractura costæ																				
Distorsio pedis																				
Contusio																				

) Remitterad till kirurg. afdeln.

	Qvarlig- gande från år 1891		Inkomme under 1892		Summa värdade		A f f ö r d e				Qvarlig- gande till år 1893					
							friske		oförbätt- rade		döde					
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.				
b) <i>Intoxicaciones acut.</i>																
Alcoholismus acutus	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—				
Intoxicatio ex hydrat. chloralici.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—				
" " phosphorea	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—				
" " ex acidi phenylici	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	1				
" " hydrochlorati	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—				
" " nitrici	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—				
Summa	88	97	814	839	902	936	373	368	238	306	172	142	63	49	56	71

KONVALESCENT-ÅRREKNING för Året 1892

Table with columns for various financial accounts. The table is oriented horizontally on the page. The header row lists several accounts: "Stadskassans Årrekn.", "Alm. & Snålig Sjukhuset", "Augusta-Arbetsh.", "Hälsörens (Alm.)", "Hälsörens (Div.)", "Ämbets-", "Inventars-", "Baknings-", "Bel &", "Byggnads-", "Medicinska", "Intress-", "Conto pro Divis-", "Överskotts- & Bäst Går-", and "Balans-". The table contains numerical entries in various columns, some of which are bolded. A total sum of 12,522 is visible at the bottom of the table.

Rapport
öfver

Konvalescenthemmet å Götaberg.

Götaborg den 31 Dec. 1892

Sten Walling

Sahlgrenska Sjukhusets bokslut för dess
KONVALESCENT-afdelning på Götaberg för år 1892.

	Vinst & Förlust		Balance Conto			
	Utgifter	Inkomster	Tillgångar		Skulder	
Stadskassans Anslag	—	12,500	—	—	—	—
Giro Conto	—	—	5600	77	—	—
Allm. & Sahlgr. Sjukhuset	—	—	—	—	512	25
Augusta Adebahr	—	—	105	45	—	—
Hushållets Conto	} Mathäll. Diverse	3165	02	—	—	—
		100	35	—	94	48
Aflönings Conto		1159	89	—	—	—
Inventariers Conto		501	68	—	4700	—
Belysnings Conto		49	14	—	—	—
Ved & Kol Conto		329	72	—	165	—
Byggn. Underh. Conto		19	80	—	—	—
Medikamenters Conto		260	79	—	—	—
Intresse Conto		—	—	39	45	—
Conto pro Diverse		42	03	—	—	—
Öfverskotts & Brist C:to		6911	03	—	—	10,153
		12,539	45	12,539	45	10,665
				70	10,665	70

Göteborg den 31 Dec. 1892.

Sten Helling.

Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Konvalescent-Afdelning å Göteborg vårdade sjuke och sjukdomar år 1892.

	Qvarliggande från år 1891		Inkomne under 1892		Summa vårdade		Afförde				Qvarliggande till år 1893		
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	förbättrade	aförbättrade	döde	m.	qv.	
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	
Sjuke personer:													
a) invertes	1	5	30	86	69	106	26	55	5	28	—	—	5
b) utvertes	2	—	36	15	—	—	35	10	1	4	—	—	2
	175		175		175		175		175				
Sjukdomar:													
Pyæmia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Febris typhoides	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—
Influenza epidemica	—	—	4	3	3	4	3	—	—	—	—	—	—
Erysipelas faciei	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis pulmonum	—	—	1	1	1	1	—	1	—	—	—	—	1
Stricture recti syphilitica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Scrophulosis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Chlorosis	—	—	—	6	—	6	—	3	—	2	—	—	—
Anæmia	—	—	—	7	—	7	—	4	—	2	—	—	—
Pseudoleucæmia lienalis	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Epilepsia potatorum	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Thrombosis cerebri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Meningitis basilaris gummosa	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neuritis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Hysteria	—	—	—	4	—	4	—	3	—	—	—	—	—
Neurasthenia	—	—	1	2	1	2	—	1	—	2	—	—	—

1) Återmitterad till Allm. och Sahlgrenska sjukhuset.

	Qvarliggande från år 1891		Inkomme under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e						Qvarliggande till år 1893	
							friske		förbättre- rade		oförbättre- rade		döde	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Chorea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Morbus Basedowi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Epilepsia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Conjunctivitis phlyctenulosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Keratitis parenchymatosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus corneae	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus corneae	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iritis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Degeneratio cordis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vitium organicum cordis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lymphangitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Periphlebitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rhinitis serophulosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Epistaxis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pleuritis exsudativa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bronchitis acuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" chronica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pneumonia acuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Emphysema pulmonum	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Asthma bronchiale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gastricismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angina tonsillaris	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pharyngitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes pharyngis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stricturea oesophagi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarrhus ventriculi chron.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1	2	10	1	1	12	7	5	1 ¹⁾	—	—	—	—	—

1) Återremitterad till Allm. och Sahlgrenska sjukhuset.

	Qvarliggande från år 1891		Inkomne under 1892		Summa vårdade		A f f ö r d e						Qvarliggande till år 1892	
	m. qv.		m. qv.		m. qv.		friske		förbättrade		oförbättrade		döde	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Fractura cranii	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" complicata.	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Contusio	—	—	6	4	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Vulnus contusum	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Distorsio pedis	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxatio congenitalis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Combustio grad. II	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" III	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	2	7	80	119	82	126	71	80	9	36	—	4	—	2
	208		208		208		208						6	

Otto Tirén.

ÖFVERSIGT ÖFVER DÖDSORSAKERNA
OCH ANMÄRKNINGSVÄRDARE SJUKDOMSFALL

Å

SAHLGRENSKA SJUKHUSETS MED. AFDELNING

SAMT

ÖFVER DE VID SEKTIONERNA 1892
FUNNA FÖRÄNDRINGARNE.

AF

H. KÖSTER.

Öfversigt af Hufvuddödsorsakerna å Medicinska Afdelningen.

A. *Patienter, döde inom de 3 första dyggen efter intagandet
å sjukhuset.*

	m.	qv.
Febris typhoides 1)	1	—
Influenza 2)	1	—
Erysipelas faciei 3)	1	—
Pyæmia 4)	—	1
Febris puerperalis 5)	—	1
Tuberculosis pulmonum 6)	1	1
Meningitis tuberculosa	—	1
Tuberculosis miliaris acuta 7)	1	1
Hæmorrhagia cerebri 8)	2	—
Meningitis cerebri acuta	2	1
Endocarditis acuta 9)	—	1
„ ulcerosa	—	1
Degeneratio cordis	—	1
Pneumonia acuta 10)	4	—
Bronchopneumonia	—	1
Ileus 11)	1	—
Peritonitis acuta	1	1
Cirrhosis hepatis	1	—
Nephritis chronica 12)	—	1
Noma	—	1
Intoxicatio phosphorea	—	1
Summa	16	14

B. *Patienter, behandlade längre än 3 dygn å sjukhuset.*a) *Obotliga sjukdomar.*

	m.	qv.
Tuberculosis pulmonum 13)	10	3
„ miliaris acuta	—	1
Meningitis tuberculosa 14)	—	1
Mediastino-pericarditis tuberculosa	1	—
Abscessus cerebri 15)	1	—
Peritonitis perforativa	—	1
Choleangitis et cholecystitis suppurativa 16)	—	2
Morbus Addisonii	—	1
Cancer ventriculi 17)	4	3
„ duodeni 18)	1	—
„ hepatis 19)	1	—
„ renalis 20)	1	—
„ ovarii 21)	—	1
Sarcoma pulmonum 22)	—	1
„ hepatis 23)	1	—
„ retroperitoneale 24)	1	—
Summa	21	14

b) *Öfriga sjukdomar.*

	m.	qv.
Febris typhoides 25)	1	—
Erysipelas faciei 26)	1	1
Pyæmia 27)	1	1
Febris puerperalis 28)	—	1
Gumma cerebri	—	1
Anæmia pernicioosa progressiva	1	—
Thrombosis cerebri	—	1
Diabetes mellitus 29)	1	1
Endocarditis acuta 30)	1	1
Degeneratio cordis 31)	1	1
Vitium organicum cordis 32)	3	3
Pyopneumothorax 33)	1	—
Pneumonia acuta 34)	6	2
Bronchopneumonia 35)	1	1

	m.	qv.
Colitis ulcerativa 36)	1	—
Entero-colitis acuta 37)	1	—
Peritonitis acuta 38)	1	2
Cirrhosis hepatis 39)	1	—
Nephritis acuta	1	—
„ chronica 40)	3	5
Summa	26	21

- 1) ett fall: Febris typhoides + Degeneratio cordis.
 - 2) „ Influenza + Pleuritis incip. + Hæmorrhagiæ pericard. + Induratio apic. pulm. tuberculosa.
 - 3) „ Erysipelas faciei et laryngis et pharyngis + Oedema glottidis + Nephritis acuta + Tuberculosis pulm. c. cavernis.
 - 4) „ Pyæmia + Otitis media + Sclerosis art. coronar. + Atrophia renum senilis + Cholelithiasis + Hydropericardium.
 - 5) „ Febris puerperalis + Peritonitis purulenta + Pleuritis sero-purulenta dext. + Retentio placenta.
 - 6) „ Tubercul. pulm. disseminata + Endocarditis verrucosa valv. aortæ + Ascites + Hydrothorax + Hydropericardium.
 - 7) „ Tubercul. miliar. acuta + Insuff. ostii mitralis + Pneumonia crouposa incip. + Oedema telæ pericyst. felleæ.
 - 8) „ Hæmorrhagia cerebri + Nephrit. chron. interst. + Bronchopneumonia.
 - 9) „ Endocarditis acuta valv. aortæ et mitralis + Bronchopneumonia + Infarctus lienis.
 - 10) „ Pneumonia acuta + Pericarditis serofibrinosa.
 - 11) „ Volvulus intest. cœci c. gangræna + Peritonitis acuta.
 - „ Peritonitis perforativa post herniam perineal gangrænos.
 - 12) „ Nephritis chron. + Cirrhosis hepatis incip.
 - 13) „ Tuberculosis pulm., laryngis, pharyngis, tracheæ et gland. bronchial. + Erysipelas faciei + Cirrhosis hepatis incip.
- två fall: Tuberc. pulm. c. cavernis + Degeneratio cordis.
- ett fall: Tubercul. pulmon. miliaris.
- „ „ „ c. cavernis + Peritonitis tuberculosa + Pleuritis hæmorrhag. bilat. + Cirrhosis hepatis.
- „ „ „ c. cavernis + Colitis ulcerativa + Endarteriitis diffusa + Degen. cordis.
- „ „ „ c. cavernis + Pleuritis bilateralis hæmorrhag. miliaris + Tuberculosis intestinalis.
- „ „ „ c. cavernis + Nephritis chron. amyloidea + Deg. amyl. lienis et intestinalis + Tuberc. intestinalis.
- „ „ miliaris pulmonum et lienis.
- „ „ pulm. + Pneumothorax.
- „ „ „ + Nephritis chron.
- „ „ miliar. pulm. et lienis + Pericarditis chron. + Infarctus pulm.

- 14) ett fall: Meningitis tuberculosa + Tubercul. pulm. incip. + Degen. caseosa gland. bronchial.
- 15) " Abscessus cerebri + Empyema dextrum.
- 16) " Cholecystitis et cholangitis suppurativa + Cholelithiasis + Stenosis duct. choledochi post. ulceration. + Abscessus capit. pancreatis + Pancreatitis chron. interstit. + Nephritis chron. interstitialis.
- " Cholangitis suppurativa + Stenosis duct. cystici et choledochi post. gummam.
- 17) " Cancer ventriculi + Cancer peritonei disseminatus.
- " " " et hepatis + Degen. amyloidea lienis et renum.
- " " " et pancreatis et gland. retroperitoneal. + Bronchopneumonia.
- " " " et pancreatis et hepatis et retroperitoneal. + Bronchiectasia.
- " " " et pancreatis et hepatis et retroperitoneal. + Synechia pericardii.
- " " " + Tuberculosis pulmonum.
- " " " + Erysipelas faciei + Bronchopneumonia.
- 18) " Cancer duodeni + Cancer recti + Pneumonia chron. apic. pulm.
- 19) " Cancer hepatis et peritonei + Cirrhosis hepatis + Tumor cerebri + Infarctus pulm. + Pancreatitis chron.
- 20) " Cancer renalis et capsul. suprarenal. bilat. et hepatis.
- 21) " Cancer ovarii, peritonei, omenti et ventriculi (secund.?) + Thrombosis art. fossæ Sylvii + Dilatatio aneurysmat. aortæ + Arteriosclerosis + Abscessus pulm. dextri.
- 22) " Sarcoma pulmonum et hepatis.
- 23) " " hepatis et gland. mediastin. et thymi et gland. retroperit. et pleuræ et lienis.
- 24) " Sarcoma retroperitoneal. et pleuræ.
- 25) " Febris typhoides c. hæmorrhag. intest. + Erysipelas faciei + Abscessus lienis + Degen. caseosa gland. mesenterial.
- 26) " Erysipelas faciei + Infarctus pulmonum + Hyperæmia cerebri (syphilitica?) + Synechia pericardii + Hæmatoma retrouterinum.
- 27) " Pyæmia + Abscessus region. scapulæ sin. + Myelitis chron. + Nephrit. chron. interst. + Decubitus.
- " Pyæmia + Otitis media + Abscessus nuclæ + Necrosis ossis basilaris et proc. transvers. vertebr. sup. cervicis + Pachymeningitis externa cervicalis + Infarctus pulm. c. abscessu + Nephritis acuta
- 28) " Febris puerperalis + Thrombosis v. femoral. amb. + Thrombos. venæ cavæ et renalis purulent. + Thrombosis art. pulm. c. infarct. abscedens + Colitis ulcerativa.
- 29) " Diabetes mellitus + Coma diabeticum + Phthisis pulm.
- 30) " Endocarditis acuta valv. aortæ c. perforat. + Infarctus pulm. et lienis + Cirrhosis hepatis.
- 31) " Degeneratio cordis + Bronchopneumonia.
- " " " + Thrombosis art. coron. c. infarct. cordis + Abscessus pancreatis + Nephritis chron. senilis.
- 22) " Stenosis ostii mitralis + Thrombosis cerebri + Thrombosis v. femoral. + Infarctus lienis et renum.
- " Insuffic. et stenosis ostii mitralis + Insuff. ostii aortæ + Endo-

- carditis verrucosa valv. aortæ et mitral. + Pericarditis fibrinosa + Ascites + Cirrhosis hepatis.
- ett fall: Stenosis et insuff. ostii mitralis + Stenosis ostii tricuspidalis + Arteriosclerosis art. pulmonalis.
- " Insufficiencia et stenosis ostii aortæ + Insuffic. ostii mitralis + Endocarditis valv. mitralis + Nephritis amyloidea + Synechia pericardii.
- 33) " Pyopneumothorax + Infarctus pulm. gangrænosus + Sclerosis art. coronariæ.
- 34) två fall: Pneumonia acuta + Pericarditis.
ett fall: " " + Gangræna.
- " " " + Nephritis chron. parench.
- 35) " Bronchopneumonia + Tuberculosis pulm. dextr + Tuberculosis renis?
- 36) " Colitis ulcerativa + Nephritis chron. interst. + Cirrhosis hepatis.
- 37) " Entero-colitis acuta + Bronchopneumonia.
- 38) " Peritonitis purulenta + Empyema sin. + Nephritis acuta + Hydronephrosis.
- 39) " Cirrhosis hepatis + Tuberculosis peritonei.
- 40) " Nephritis chron. + Hæmorrhagia meningialis.
- " " " + Pericarditis fibrinosa.
- " " " + Bronchopneumonia + Infarctus pulm.
- " " " + Endocarditis valv. aortæ + Bronchopneumonia
- + Cirrhosis hepatis.

Under året hafva å medicinska afdelningen vårdats 1190 patienter eller 179 mera än förra året, och af dem hafva 112 affidit eller 7 mera än förra året, motsvarande 9,41 % af de vårdade. Såsom af förut meddelade öfversigt framgår, hafva ett ej obetydligt antal af dessa affidit snart efter inkomsten eller affidit af sjukdomar, som vi ej förmå bota.

Utom de i öfversigten upptagna hafva dessutom affidit så omedelbart efter inkomsten å sjukhuset, att de ej hunnit upptagas i allmänna journalen, följande fall:

Ett fall af Pneumonia acuta + oedema pulmonum.

Ett fall af d:o + delirium tremens.

Ett fall af Bronchopneumonia + oedema pulmonum + arteriosclerosis.

Ett fall af Empyema dextrum + Pericarditis exsudativa.

Vid meddelandet af efterföljande öfversigt har jag följt samma grunder för upptagandet af de olika sjukdomarne, som omnämts i förra årsberättelsen. Dessutom har jag redogjort för ett och annat sjukdomsfall, som synes mig kunna vara af något intresse.

Febris typhoides.

2 fall döda:

1. *Febris typhoides c. hæmorrhagia intestinalis + Erysipelas faciei + Degeneratio caseosa gland. mesenterial. + Abscessus lienis.* 28-årig man. Int. $10\frac{1}{2}$ efter 12 dagar förut inträffad frosskakning, död $1\frac{1}{3}$ 92. Erysipelas tillstötte i ansigtet $27\frac{1}{2}$. Nötstor, ostig abscess i mjelten, väl begränsad af en tunn membran mot omgifvande lösa pulpan, tåriska sår i nedre delen af ileum, delvis ända in till serosan, svällda mesenterialkörtlar, delvis ostigt degenererade.

2. *Febris typhoides + Synechia pericardii + Degeneratio cordis.* 39-årig man. Int. $23\frac{3}{8}$, död $26\frac{3}{8}$. Höggradig infiltration af folliklarne i hela ileum och kolossala sår i nedre delen; trakten kring valv. ileo-coecalis ett enda sår; äfven i coecum svällda folliklar. Mjelten höggradigt sväld och lös. Strängformig synechi å hjertats framsida.

Det första fallet visar den ovanliga komplikationen af en abscessbildning i mjelten. Huruvida denna berodde på tyfoïdbacillen eller icke, undersöktes beklagligtvis icke. Att så dock kan vara förhållandet, visar ett fall af *Roux* och *Vinay* (Province med. 1888 Maj 5. Ref. i Centralbl. f. klin. Med. 1888 sid. 938), i hvilket en nötstor abscess i mjelten befanns innehålla uteslutande tyfoïdbaciller, som efter renodling vid insprutning å försöksdjur framkallade en abscessbildning, samt en hel rad af liknande undersökningar af kliniska fall med abscessbildning i andra delar af organismen.

Influenza.

Hæmorrhagiæ pericardii + Pleuritis bilat. incip. + Induratio apicis pulm. tubercul. + Hyperæmia cerebri. 33-årig man. Int. d. $\frac{5}{11}$, död samma dag. Pat. inkom efter endast 2 dagars sjukdom i fullkomligt oredigt tillstånd och afled kort efter inkomsten, utan att hafva återfått sansen. Vid *sektionen* befanns den hvita hjernsubstansen vara ovanligt blodprickig, i hjertsäcken funnos både i de viscerala och parietala bladen talrika blödningar, medan pericardium för öfrigt var glatt och glänsande; hjertmuskulaturen var skör, torr, gulaktig; å pleurabladen funnos lätt lossbara fibrinbeläggningar, och de voro öfversällade af små blödningar. I lungspetsarne svålig bindväf med en och annan ostvandlad tuberkelknöttra, mjelten 16×11 ctm., mycket lös. Lefver något svåld, blekgul, höggradigt fettdegenererad, utan blödningar. Njurarne parenkymatöst degenererade, i ventrikeln spridda små blödningar, tarmar normala.

Anmärkningsvärd är den höggradiga fettdegenerationen af lefvern. Densamma tedde sig nästan såsom en fosforlefer, men inga hållpunkter i öfrigt funnos för ett dylikt antagande. Otvifvelaktigt hafva vi i fallet att göra med en lyckligtvis sällsynt häftig infektion.

Erysipelas.

1. *Erysipelas faciei et laryngis + Pneumonia acuta sin. lob. inf. + Cirrhosis hepatis syphilitica + Synechia pericardii + Hæmatoma retro-uterinum.* 31-årig qv. Int. $\frac{2}{11}$, död $\frac{4}{11}$. Puella, hade missbrukat alkohol. Vid 7 års ålder erysipelas faciei, sedan dess hvarje år minst en gång ansigtssros. Insjuknade 14 dagar före inkomsten. Kolossal panniculus; pneumoniska symptom å v. lungan ung. 1 vecka efter inkomsten; till en början erysipelas ibd, derefter ny försämring. Vid *sektionen* total synechi af perikardiet genom gamla sammanväxningar, grå hepatisation i v. lungans nedre lob, diffus svullnad och rodnad af larynx och tracheas slemhinnor, som voro ödematösa. Lefver förminskad, egendomligt uppdelad i större och mindre knotttiga lober. fastvuxen vid diafragma. I v. lobens främre kant hasselnötstora, gulhvita, fasta knölar, som vid insnitt voro hvitgråa, med gulaktiga lösare fläckar. Lefverns snittyta knottrig, upphöjda gula knottor i insänt blårod väfnad, talrika fasta bindväfsstråk. Mjelte kolossal, 22 ctm. lång, 14 bred, 6 tjock, pulpan sönderflytande. Parenkymatös degeneration af hjerta och njurar. I lilla bäckenet tarmar och genitalia hoplödda af fast, svålig bindväf, uterus normal, bakom den en håla fylld af tunnt, mörkt blod.

2. *Erysipelas faciei + Infarctus pulm.* 59-årig man. Int. $\frac{22}{2}$, död $\frac{26}{2}$. Rodnad sedan 1 vecka, först i h. ansigtshalfvan; inkom i delirant tillstånd. Vid *sektionen* en nötstor infarkt i v. lungans nedre lob, inga tromber i hjertat, parenkymatös degeneration af organen. Ingen källa för infarkter kunde upptäckas. Hjernan hyperämisk.

3. *Erysipelas faciei et pharyngis c. oedema glottidis + Nephritis acuta + Tuberculosis pulm. c. caverna dextra.* 41-årig man. Int. $\frac{19}{4}$, död $\frac{20}{4}$. Inkom i fullt delirant tillstånd; pat. afled plötsligen under natten. Vid *sektionen* fanns riklig mängd var mellan kraniet och periostet, hjernan normal. Höggradigt ödem af plicæ ary-epiglotticæ, fettdegeneration af hjertat och parenkymatös sådan af öfriga organ.

Utom dessa fall hafva tvenne andra patienter affidit, ehuru väl dödsorsaken i dessa fall ej kan anses vara att söka i den komplicerande rosfebern.

Dessutom hafva under årets lopp vårdats några och 40 patienter för erysipelas. Dessa fall hafva förekommit ungefär jämt fördelade å årets månader samt i lika frekvens hos både man- och kvinnokön. I 4 fall uppträdde den uteslutande å benet, i 4 fall vandrade den öfver så godt som hela kroppen, i alla öfriga förblef processen inskränkt till ansigtet och hufvudsvålen samt angrep i 2 pharynx, utan att dock gifva anledning till några svårare sviter. Endast i ett fåtal fall kunde med säkerhet ett sår konstateras vara ingångsporten för infektionen; i de flesta fallen började emellertid rodnaden uppträda på och omkring näsan. I 3 fall tycktes en enkel angina hafva gått före rodnadens uppträdande. Huruvida denna angina varit första uttrycket för erysipelasinfektionen eller ej, är svårt att afgöra utan bakteriologisk undersökning; vid inspektion tedde processen sig emellertid såsom enkla anginer. I 8 fall efterföljdes processen af utbredda varbildningar i underhudsbindväfven, särskildt i ett erfordrades ej mindre än ett 20-tal incisioner å olika delar af kroppen.

Pyæmia.

1. *Abscessus reg. scapula sin. + Pyæmia + Myelitis diffusa chron. + Nephritis chron. interst.* 32-årig qv. Int. $\frac{16}{11}$ 91, död $\frac{1}{2}$ 92. Fallet kommer att utförligare beskrivas å annat ställe.

2. *Otitis media + Necrosis proc. ossis basilaris et proc. transversa vertebr. sup. cervicis c. abscessu + Pyæmia + Pachymeningitis spinalis cervicalis + Infarctus pulm. c. abscessu + Nephritis acuta.* 44-årig man. Int. $\frac{18}{3}$ 92, död $\frac{25}{3}$ 92. För 20 år en nekros af v. öfverarmen, som operades, men vid intagandet kvarstod en fistelgång. Före jul influenza med efterföljande otitis dextra. 4 dagar före inkomsten häftig frossbrytning jämte håll i v. sida, snart rödbrun upphostning; för öfrigt inga symptom från örat eller eljest. Vid *inkomsten* pat. mycket dåsig, oregelbunden feber, spår af albumin i urinen. Rostfärgad upphostning. Å h. lunga baktill upptill nästan bronchiel respiration. Intet abnormt hvad beträffar hufvudets rörelser. Flytning ur h. örat. $\frac{20}{3}$. Betyddlig svullnad bakom h. örat, smärtor vid rörelser af hufvudet, pat. mycket omtäknad. $\frac{22}{3}$. Svullnaden bakom örat har utbredt sig till nästan hela h. nackhalvan. Vid djup incision var och i botten blottadt ben. $\frac{24}{3}$ Delirier, ständiga okoordinerade ryckningar i alla extremiteterna, pupiller lika, strabism. Under dagens lopp ökades delirierna och ryckningarne i hela kroppen, bestående dels i isolerade sådana af enstaka muskler dels i sådana af hela muskelgrupper, mest i armarnes flexorgrupper, men äfven i bälen, benen och ansigtet. Vid *sektionen* funnos i lungorna talrika infarkter, stadda till stor del i purulent smältning, njurar svålda, bark 8 mm., snittytan grumlig, ogenomskinlig, gulröd. Hjerna blodrik, eljest normal, medulla spinalis och oblongata något hyperämiska liksom pian. Duran, motsvarande de öfre halskotorna, lifligt injicerad, varinfiltrerad; mellan den och kotkropparne missfärgadt var, som stod i omedelbart sammanhang med en stor varhåla,

sträckande sig från processus mastoideus till epistropheus' transversela utskott. Proc. transversi af atlas och epistropheus äro skrofliga liksom undre delen af os occipitis; denna håla stöd i öppen kommunikation med cavum tympani i trakten af processus mastoideus' innersta delar. Hjärtat och inre organ för öfrigt degenererade, inga trombusmassor i hjertat.

Otvifvelaktigt är i det egendomliga fallet den primära utgångspunkten en efter en influenza uppkommen otitis media, från hvilken sekundärt sedan öfriga förändringar utbildats. De multipla variga infarktarna stå sannolikt i samband med den variga processen i h. nackregionen, då ingenstädes i hjertat några trombusmassor kunde upptäckas. Synnerligen egendomliga äro de multipla ryckningarne af kroppens muskler, som i mångt och mycket påminde om den under namn af paramyoclonus multiplex beskrifna sjukdomsbilden. Sin förklaring finna de i den genom den variga pachymeningiten föranledda retningen af halsmärgen.

3. *Otitis media* + *Pyæmia*. 80-årig qv. Int. $\frac{10}{5}$, död $\frac{13}{5}$. Otitens uppkomst obekant. Vid *inkomsten* temp. $39^{\circ},2$, de följande dagarne upp till $40^{\circ},5$. Af förändringar funnos vid *sektionen* en lindrig akut bronchit, skleros af koronarkärlen och aorta, börjande skrumpnjurar, ett 20-tal kolestearinstenar i gallblåsan, parenkymatösa förändringar af inre organ, särskildt mjelten, som var nästan sönderflytande, samt en lindrig hydropericardium. Dessutom en purulent otitis media.

Mjeltens lösa beskaffenhet, den höga febern och det för öfrigt negativa obduktionsfyndet tillåta ej att tyda fallet annorlunda än såsom en akut infektion, hvars utgångspunkt väl är att söka i den purulenta otiten. Anmärkningsvärdt är det hastiga förloppet, som förklaras af patientens höga ålder, och utgångspunkten för infektionen.

Febris puerperalis.

1. *Febris puerperalis* + *Peritonitis purulenta* + *Pleuritis sero-purulenta dextra* + *Retentio placente*. 36-årig qv. Int. $\frac{24}{10}$, död $\frac{26}{10}$. Förlöstes $\frac{21}{10}$, på natten fryssningar, följande dag blödningar från underlifvet, feber, smärtor i underlifvet, slutligen kräkningar och ömhet af buken. Vid *sektionen* funnos utom ofvannämnda förändringar parenkymatös degeneration af de inre organen.

2. *Febris puerperalis* + *Thrombosis v. femoral. et v. cavæ inf. et renal* + *Embolia art. pulmonal.* + *Colitis ulcerativa*. 23-årig qv. Int. $\frac{6}{12}$, död $\frac{28}{12}$. Förlöstes $\frac{20}{11}$. Efter 3 dagar tecken till akut venstersidig pneumoni, illaluktande lochier. Vid *intagandet* illaluktande flytning från vagina, hela h. benet betydligt ansvaldt, å v. fotrygg lindrigt ödem. Å lungornas baksida nedom angulus scapule bronchiel andning samt å begränsade delar häraf krepiterande rassel, dämpning å h. lunga nedtill baktill. Mjelte ej förstörd, puls 120, svagt biljud å 1:sta tonen. Urinen spår af albumin. Efter ung. 2 veckor äfven högra benet i dess helhet svullet, urinen ägghvitefri, allmänna tillståndet ej särskildt dåligt, temperatur till en början ända upp till $40^{\circ},2$, sista tiden endast upp till 38° , inga fryssningar. $\frac{20}{12}$ diarré, mycket envist,

ej blodblandadt. ^{28/11} plötsligen kollaps utan cyanos eller dyspne och död inom en half timma. Upphostningen hela tiden jämförelsevis obetydlig. *Sektion:* Hjärtat slappt, muskulatur något blek och skör. I v. pleurahålan ung. 200 kubtm. blodig vätska. V. lungans nedre lob fast. lufttom, snittytan glatt, rödbrun, i dess öfre del en kaverna med trasiga väggar och purulent innehåll; öfre loben luftförande. I lungarteren till nedre loben finnes ända till hufvudstammen och ända ut i de finaste grenarne en fast, vitgul trombmassa, fastsittande vid väggen, grenen till öfre loben fri. H. lungans nedre och mellersta lobar blekt blåroda, lufttomma, från inträdet i lungan voro art. pulmonalis grenar i det närmaste utfyllda af en liknande fastsittande trombmassa, som äfven fanns, ehuru mindre utbredd, i grenen till öfre loben, hvilken var luftförande. Mjelte och lever normala. I njurarne talrika ventromber ända ut till gränsen mellan mäg och bark; båda v. renales utfyllda fullständigt af en grötig trombmassa ända till v. cava; denna sistnämnda var från dess inträde i levern utfylld i hela dess genomskärning af en fläckvist fastsittande, i öfre ändan afrundad trombmassa, som något nedom dess öfre ända antog grötig beskaffenhet, och fortsattes nedåt genom båda v. iliace communes och v. femorales, samt här hade rent puriform karakter. Uterus slapp, något förstörad, inga placentarrester, slemhinnan lifigt injicerad, ej sönderfallande. I hela colon descendens och rectum stora ulcerationer i slemhinnan, fläckvis sträckande sig in i muscularis och belagda af gråhvita, nekrotiska slemhinne-rester.

Fallet har meddelats utförligare, emedan en så utbredd trombos otvifvelaktigt ej är vanlig. Anmärkningsvärdt är, att pat. kunnat lefva så länge med nu nämnda förändringar, ty otvifvelaktigt är, att trombmassorna i venerna äro af äldre datum, liksom äfven tromberna i art. pulmonalis. Döden har ej följt på grund af någon ny embolus i lungkretsloppet, då hvarken der någon färsk tromb kunde upptäckas, ej heller trombens i v. cava inf. öfre ända hade utseende af, att derifrån nyss aflossats någon del. Sannolikt hafva vi att tänka oss förloppet så, att ursprungligen mindre trombpartiklar inkastats i lungkretsloppet vid tidpunkten för de pneumoniska symptomens uppträdande, att småningom å dessa aflagrats trombusmassor, hvarigenom den höggradiga trombosen af lungarterernas nedre grenar utbildats, och att en ny ytterligare aflagring plötsligen afstängt allt blodtillflöde till ett område, dit blodet ännu kunnat pressas fram, och derigenom hjertat förlamats i sitt arbete af brist på blodtillflöde. Åtminstone talar utom sektionsfyndet bilden af en häftig kollaps utan väsentlig dyspne och utan cyanos för en hjertparalys och mot antagandet af, att döden direkt förorsakats af, att en ytterligare del af ännu funktionerande lungväfnad satts ur brukbart skick genom plötslig hämning af blodtillflödet dit. Anmärkningsvärdt är dessutom den jämförelsevis ringa febern, trots de puriforma tromberna i v. femoralis och iliaca, ett förhållande, som väl torde bero på, att de puriforma massorna ej fritt kunde komma in i kretsloppet, då öfre delen af tromben i v. cava inf. var jämförel-

sevis fast och tämligen intimt sammanhängande med kärlväggen; vidare, att trots den totala trombosen af v. renales, albumin ej uppträdde i urinen, och att de parenkymatösa njurförändringarne voro, makroskopiskt åtminstone, obetydliga; slutligen, att trots den totala trombosen cirkulationen i benen fanns kvar, i det aldrig några betydligare förändringar, om man undantar ödemet, uppträdt derstädes, ett förhållande, som naturligtvis måste tillskrifvas trombosens långsamma utveckling och den derigenom beredda möjligheten för uppkomsten af ett kollateralkretslopp.

Tuberkulos.

För lungtuberkulos hafva vårdats inalles 91 patienter. Tuberkulösa lungförändringar utgjorde hufvuddödsorsaken i 15 fall, hvarjämte i 3:ne andra fall sådana anträffades vid sektionen. Af de af tuberkulos i lungorna aflidna voro 2 i åldern mellan 10—20 år, 1 mellan 21—30, 6 mellan 31—40 och 6 mellan 41—50 år. I ett fall funnos dessutom tuberkulösa larynxförändringar jämte sådana i pharynx och trachea, i ett tuberkler äfven å bronchialslemhinnan, i 2 ulcerationer i ileum, i 3 en bilateral pleurit, som i 2 hade hämorrhagisk karaktär. I 2 fall funnos vid sektionen spridda tuberkelknottor äfven i mjelten, i 1 amyloida förändringar af de inre organen, och såsom komplikationer i ett en erysipelas faciei, i ett en akut endokardit af aortavalvlerna samt i två en börjande lefvercirrhos.

I 2 fall uppträdde en akut pneumothorax:

1. *Tuberculosis pulm. c. cavernis* + *Pneumothorax sin.* + *Nephritis chron. parenchym.* 36-årig qv. Int. $\frac{27}{12}$ 91, död $\frac{6}{1}$ 92. Tuberkulös belastning. Hosta sedan 20 år, aldrig blodhosta. På sista tiden ödem i benen och mycket svår hosta. Vid *inkomsten* stark andnöd, isht vid högärsidigt läge. Dämpad perkussionston öfver hela v. lungan och i öfre delen af h. lungan. Respirationsljudet å h. lungan täckt af hårda rassel utom å spetsen, der det var bronchielt, å v. lunga framtill täckt af rassel, baktill aflägset amforiskt, ofta täckt af hårda rassel, inga metalliska fenomen, hjertgränser normala. Vid *sektionen* strömmade luft under starkt hväsande ur v. pleurahålan, som för öfrigt var tom. V. lungan i dess helhet förvanllad till en kavernförande väfnad, ingenstädes luftförande väfnad, framtill genom adherenser fäst vid bröstkoragsväggen ända till främre axillarlinien. Perforationsöppning kunde ej påvisas. Kron. parenkymatöst förändrade njurar utan amyloid.

2. *Tuberculosis pulm. c. cavernis* + *Pneumothorax.* 39-årig m. Int. $\frac{24}{21}$ död $\frac{28}{2}$. Tuberkulös belastning. Alkoholist. Sedan 3 år hosta, blodhosta en gång i Dec. 1891. Sista tiden våldsam hosta, ej akut dyspne. Vid *inkomsten* besvärades pat. endast af hosta och stor svaghetskänsla, ingen utbugtning af någon brösthalva. Kort tympanitisk ton öfver h. lungans spets med bronchiel respiration och hårda rassel; kort ton å v. lungans spets med sträfft vesikulärt, försvagadt andningsljud. För öfrigt tonen full och respirationsljudet sträfft med riklig mängd rassel, men tydligt hörbart. Inga metalliska

ljud, ingen förskjutning af hjertgränserna. $27\frac{1}{2}$. Plötsligen på qvällen svår andnöd, smärtor i v. sida, hastig hjertverksamhet, puls 180, cyanos; pat. afled på morgonen följande dag. Vid *sektionen* v. pleurahålan lufthaltig, v. lungan något sammanfallen, men genom gamla adherenser till största delen fastvuxen vid bröstkorgsväggen. Båda lungorna genomsatta af peribronchitiska härdar, i öfra v. loben en valnötstor kaverna med trasiga väggar; nedre delen af v. öfre loben i dess helhet ostigt infiltrerad, delvis smältande. Å midten af öfre lobens utsida, motsvarande detta parti, fanns ett cirkelrundt hål med trasiga kanter, genom hvilket en sond kunde införas i lungan bortåt 4 ctm., utan att dock öppen kommunikation med någon större bronch kunde påvisas.

Första fallet är anmärkningsvärdt genom de ringa symptom, en pneumothorax visat både vid dess uppträdande och sedan under lifvet. Så synnerligen gammal torde den dock icke vara, då ingen utgjutning fanns i pleurahålan, och de obetydliga kliniska symptomen torde till en del finna sin förklaring dels häri dels i de utbredda adherenser, genom hvilka lungan var fästad vid bröstkorgsväggen.

Ett visst intresse erbjuder äfven följande fall på grund af förhållandena i ena pleurahålan.

Tuberculosis pulm., pleuræ et lienis c. pleuritide bilateral. + Pericarditis chron. + Degen. cordis + Infarctus pulm. 45-årig m. Int. $\frac{2}{11}$ 91, död $\frac{11}{1}$ 92. Ej tuberkulos i släkten. Kliniska symptom af en dubbelsidig pleurit med hämorrhagisk vätska och en degeneratio cordis; sista dagarne blodig upphostning. Temperaturen hela tiden afebril med enstaka stegringar till 38° och ngt deröfver. Venstersidig torakocentes $\frac{9}{1}$, 2 liter vätska. *Sektion:* I h. pleurahålan 2 liter serofibrinös vätska, h. lungans pleura tät öfversälad med fina, klara tuberkler, som äfven funnos å pleura costalis. Äfven ini lungan spridda tuberkelknottor. V. lungan komprimerad. I v. pleurahålan talrika fibrinmembraner, spända från pleura parietalis till pleura costalis, en sådan å midten af lungan bildade ett fullständigt slutet diafragma, genom hvilket pleurahålan delades i tvenne fullt skilda hälfter, fyllda af serofibrinös vätska. Pleuran i hela dess utsträckning öfversälad af glasartade knottor. I lungan talrika infarkter, i nedre loben en konfluerande bronchopneumoni. I art. pulmonalis en fastsittande tromb, som dock ej fullständigt fylde kärlets lumen, men sträckte sig in i de finare grenarne. Tuberkelknottor i mjelten, eljest ej i inre organ. Perikardiet förtjockadt, luddigt, båda bladen fast sammanvuxna, degeneration af hjertmuskulaturen, ingen trombbildning i detsamma eller i någon annan del af kärlsystemet.

I tvenne hänseenden är fallet anmärkningsvärdt, nämligen dels i fråga om den utbredda akuta tuberkulosen utan samtidig feber, och dels med afseende på det fullständiga diafragmat i v. pleurahålan. Man borde hafva kunnat vänta sig, att en så akut dissemination borde gifvit anledning till en tämligen betydlig feberstegring. Diagnosen var därför under lifvet tvifvelaktig. Vätskans hämorrhagiska karakter talade för ett allvarsamt grundlidande, en tuberkulos eller en malign nybildning, men inga hållpunkter funnos under lifvet hvarken för det ena eller andra an-

tagandet. Betydelsen af det nämnda diafragmat vid en eventuel torakocentes är utan vidare tydlig. Den i lungarteren anträffade tromben härstammar sannolikt från det degenererade hjertat; i de periferiska kärlen kunde ingenstädes någon trombbildning upptäckas.

Anmärkningsvärdt är äfven följande fall:

Tuberculosis miliaris pulm. et lienis + Hæmoptysis. 26-årig m. Int. $\frac{2}{3}$, död $\frac{11}{3}$. Ingen tuberkulos i släkten. Hosta sedan några månader, upprepad blodhosta, sista dagarne synnerligen våldsamt sådan. Objektiv undersökning därför ej möjlig. Vid *sektionen* miliära tuberkler i lungorna, i v. lungans öfre lob en valnötstor kaverna med ostigt, ej blodfärgadt innehåll. Nedre loben ovanligt blodrik, i broncherna blodfärgadt slem och knottor i slemhinnan, vid tryck å den framsipprade öfverallt svartrött blod, och den var öfverallt genomsatt af tuberkelknottor. Ingen kaverna i denna lob, intet större lederadt kärl.

Att blodhostan i detta fall utgått från v. lungans nedre lob, är otvifvelaktigt; källan för densamma kunde dock här icke upptäckas, och *sektionen* lemnade oafgjordt, om blodrikedomen berodde på någon arrosion af något större kärl med efterföljande genomdränkning af loben med blod, eller om ett allmänt kapillärt blodutträde egt rum på grund af den här synnerligen intensiva tuberkelutvecklingen, en möjlighet, som ej utan vidare torde kunna förnekas.

I tvenne fall fanns, såsom nämnts, en börjande lefvercirrhos; i det ena af dem dessutom en tuberkulös peritonit.

Tuberculosis pulm. c. cavernis + Pleuritis hæmorrh. bilat. + Peritonitis tuberculosa + Cirrhosis hepatis. 40-årig m. Int. $\frac{8}{8}$, död $\frac{5}{9}$. Ej tuberkulos i släkten, alkoholist, symptom förr af alkoholtabes. Tidvis svullnad af buken, nu sist sedan 3 veckor. Hosta först sedan 6 veckor. Symptom af lungtuberkulos och dubbelsidig pleurit med hæmorrhagisk utgjutning. Buken uppdrifven, ej ödem i benen. Obetydlig ömhet å buken, tydlig ascites, ngn förminskning af lefverdämpningen. Temperatur omkring 38° , högst $38^{\circ},5$. Utom lungförändringarne funnos vid *sektionen* buken fylld af hæmorrhagisk vätska och organen öfversållade af miliära gulhvita knottor, talrikast i omentet; i peritoneum små blödningar. Lefvern ej väsentligt förminskad, men tydligt cirrhosisk.

Tuberkulosen i peritoneum var i detta fall latent, ty närvaron af ascites förklarades tillräckligt af lefvercirrhosen; en profunktion hade naturligtvis upplyst om dess närvaro på grund af väskans hæmorrhagiska karakter, men, då öfriga kliniska symptom saknades, gjordes ej en sådan på grund af patientens nedsatta tillstånd och väskans relat. ringa mängd. Särskildt förtjenar framhållas den obetydliga ömheten å buken trots det akuta utbrottet och den starka retningen af peritoneum, hvarom de talrika blödningarna vittna.

I frågan om sammanhanget mellan cirrhosen och peritonealtuberkulosen hänvisar jag till hvad jag anført i ett fall af lefvercirrhos med primär peritonealtuberkulos (se sid.59), i hvilket ett liknande förhållande egde rum, i detta dock, utan att tuberkulos fanns någonstädes utom i peritoneum, der den därför var primär.

En ovanligt trång aorta fanns i följande fall:

Tuberculosis pulm. 16-årig qv. Int. $\frac{10}{10}$, död $\frac{25}{10}$. Alltid mycket matt och klen. Vid *sektionen*: hjertat litet 8×8 ctm., v. kammarens muskulatur 11 mm., aortas omkrets endast 4,5 ctm.

Tuberculosis pulm. c cavernis + Endarteriitis diffusa + Colitis ulcerativa. 41-årig m. Int. $\frac{16}{7}$, död $\frac{24}{7}$. Vid *inkomst* betydligt diarré. Hjertat utan anmärkning. Vid *sektionen* hjertat 10×10 ctm., degenereradt, aorta mätte i omkrets 7,5 ctm; den stod vidöppen som ett styft rör med ovanligt tjock vägg. Intima mätte ända till 2 mm., var fläckvis på tvärsnittet gul, fläckvis gråaktigt genomskinlig. Hela aortas insida ojämn af fläckvis gulaktiga upphöjningar med och utan kalkafsättningar, fläckvis djupa ulcerationer. Processen sträckte sig genom hela aorta ända till de medelstora kärlgrenarne. Tunntarm normal. I groftarmen, börjande i coecum, ända ner till rectum, spridda sår, dels mindre runda dels större tvärgående med något vulstiga underminerade kanter och sårbottnen ända in till serosan; inga tuberkelknottor i dessa eller å motsvarande del af peritoneum.

Förändringarne i sistnämnda fallet hade ej i fråga om den endarteritiska processen trots dess höggradiga utveckling förorsakat några symptom. Syfilis finnes ej omnämnd i anamnesen, men torde sannolikt vara anledningen till processen. Anmärkningsvärd är äfven den ulcerativa, utbredda processen i groftarmen, som ej stod på tuberkulös bas; ej heller torde den bero på syfilis, utan vara mera af katarral natur, men såsom sådan af ovanligt intensiv art.

Meningitis tuberculosa.

Af tuberkulös meningit afledo 2 personer i en ålder af resp. 19 och 30 år. I ett af dessa kunde ingenstädes för öfrigt ngn tuberkulos upptäckas, i det andra var utgångspunkten en tuberkulös ostvandling af bronchialkörtlarne, och samtidigt hade spridda tuberkelknottor uppträdt i lungorna. Förstnämnda fall är äfven anmärkningsvärdt på grund af processens hastiga förlopp, i det pat. förut varit frisk och ej var ärftligt belastad, och vid sektionen en vecka efter de första symptomens uppträdande endast några få tuberkelknottor längs h. art. fossæ Sylvii kunde påvisas.

Dessutom funnos tuberkulösa meningealförändringar i 2 fall af akut miliartuberkulos.

Mediastino-pericarditis tuberculosa.

Fallet är utförligt beskrifvit sid. 80.

Tuberculosis miliaris acuta.

3 fall hos resp. 19, 28 och 42 års individer. Tuberkelknotttror funnos spridda i alla inre organ såsom glasklara knotttror. I de två fallen tedde sig den kliniska bilden såsom en tuberkulös meningit; anmärkningsvärdt var i båda fallen den nästan fullkomliga feberfriheten, som möjligen berodde på, att pat. kommo under observation först dagarne före exitus. I det ena af dessa var utgångspunkten en äldre lungtuberkulos med kaverner i båda spetsarne, medan i det andra några äldre tuberkulösa förändringar ej kunde påvisas.

Det tredje fallet är mera anmärkningsvärdt:

Tubercul. miliar. acuta + Kyphosis + Insuff. ostii mitralis. 28 qv. Int. ^{19/9}, död ^{29/9}. Ej tuberkulos i släkten. Vid 18 års ålder värk i ryggen under utveckling af en kyfos. Sedan reumatisk feber (när? ej bestämd uppgift), efter första anfallat kvarstående andfäddhet och hjertklappning. ^{16/9}, svår värk i h. fotled, smärtor i mage och bröst, frysning och feber. Vid *intagandet* mycket nedsatt, lindrig dyspne. Öfver lungorna sträff respirationsljud och talrika mjuka rassel, ingen dämpning. Vit. cordis (Insuff. ostii mitralis). Puls liten, svag, hastig. Högra fotleden svullen, blödningar kring densamma i huden. ^{20/9}. Lindrig ikterus, hudblödningar å båda underbenen. ^{21/9}. Ikterus betydligt ökad, ömhet öfver levertrakten, isht i gallbläsetrakten. Temperatur ^{19/9} 40°, de följande normal. Vid *sektionen* miliära knotttror i lungorna, mjelten och njurarne, inga äldre tuberkulösa härdar, inga svålta körtlar. Blödningar å pleura. Lever slapp, snittyta blekgul, inga dilaterade gallgångar. Den gallblåsan omgifvande väfnaden var betydligt ödematös, gallblåsans slemhinna deremot normal, gallan gulbrun, ngt tjock, slempropp i papilla Vateri. Det kyfotiska ryggradspartiet visade ingenstädes någon pågående tuberkulös process.

Den kliniska diagnosen i fallet var osäker. Tuberkulos misstänktes visserligen på grund af patientens högggradigt nedsatta tillstånd och den hastiga, svaga pulsen, då hvarken hjertefelet eller den diffusa bronchialkatarren tillfredsställande förklarade symptombilden, men någon bestämd hållpunkt för ett sådant antagande fanns icke. Äfven tycktes patientens feberfrihet de 2 sista dagarne tala deremot. Anmärkningsvärd är den ödematösa svullnaden kring gallblåsan, motsvarad under lifvet af en stark ömhet öfver gallbläsetrakten och ikterus. Hvad anledningen varit till densamma, upplyste ej sektionen. Själfva gallblåsan och dess innehåll var normalt, och inga tuberkelknotttror kunde upptäckas i väfnaden.

Gumma cerebri.

Gumma cerebri + Pleuritis syphilitica + Bronchitis purulenta. 59-årig qv. Int. ^{22/10}, död ^{15/11}. En broder lider af epilepsi. Frisk tills i Aug., då hon plötsligen utan föregående symptom förlorade förmågan att se och tala, ansigtet drogs åt höger, ögonen vredos uppåt och åt venster; ej förlust af medvetandet, inga ryckningar. Efter ett par timmar normal utom i ansigtet,

der snedheten kvarstod 3:ne veckor. Ingen hufvudvärk förr än 1 vecka före intagandet, då svår sådan uppträdde i högra halfvan af hufvudet, starkast öfver tinningen, jämte kräkningar; några dagar senare förlamning af v. sida. Inga hållpunkter för syfilis. Vid *intagandet* lindrig hufvudvärk, slöhet. V. hemipares och venstersidig lindrig nedsättning af sensibiliteten, nedsatt synskärpa å v. öga, ej hemianopsi; v. patellarreflex försvunnen, dorsalklonus fanns ej, incontinentia urinae et alvi. Småningom soporös, aldrig ryckningar. *Sektion*: V. hjernhalfvan normal, å h. halfvan gyri motsvarande bakre delen af 2:dra frontalvindeln platta, bleka, fasta. Vid insnitt en äpplestor tumör med gulaktigt, mjukt centrum, mera svålig periferi. Den intog nästan hela frontallobens tvärsnitt, motsvarande 2:dra frontalvindeln bakre del, och sträckte sig bakåt till bakre delen af centralgyri. Mikroskopiskt gumma. Ej arterioskleros. H. lungans pleura belagd med lätt lossnande membraner; å midten af öfre loben vacker gul injektion af lymfkärlen, lungan för öfrigt normal. V. lungans pleura, motsvarande nedre loben, var i en utsträckning af 5 ctm. i diameter hvitgul, stråligt förtjockad, ända till 1 mm. tjock och kalkvandlad, lungan normal. Öfriga organ friska.

Tumörens utseende tydde på en gummatös process, en uppfattning, som bekräftades af den otvifvelaktigt syfilitiska, ärrliknande förtjockningen af pleuran och den mikroskopiska undersökningen. Tumörens säte i frontalloben förklarar de jämförelsevis obetydliga symptomen trots dess storlek. Under lifvet antogs, att en trombos förelåg, då förloppet ej talade för en tumörbildning; en oftalmoskopisk undersökning företogs därför och på grund af patientens dåliga tillstånd ej. Möjligen hade en sådan visat en staspapill och tillåtit diagnosens ställande; någon förklaring på den minskade synskärpan å v. ögat gaf ej sektionen, då ingenstades för öfrigt i hjernan någon förändring kunde upptäckas, och tumören i högra frontalloben ej gerna kan tänkas hafva gifvit anledning till någon s. k. korsad amblyopi. Densamma tyckes dock icke hafva funnits före sista attacken. Den egenomliga lymfkärlinjektionen i h. pleuran torde särskildt förtjena påpekas. Någon tumörbildning i lungan, vid hvilken ju oftast en sådan uppträder, fanns icke, möjligen är äfven den af syfilitisk natur, ehuru i ty fall säkert ej vanlig.

Anæmia perniciosa progressiva.

27-årig man. Int. $\frac{22}{33}$, död $\frac{9}{4}$. Alltid frisk förut. Sjukdomens duration ung. 7 veckor. vid inkomst 2,400,000 röda blodkroppar, inga makrocyter eller poikilocytos, hämoglobinhalt $30 \frac{9}{10}$, de hvita blodkropparnes antal normalt; efter 2 veckor röda blodkroppar 720,000, hämoglobinhalt 10—15 $\frac{9}{10}$, sista dagarne våldsam näsblod. Vid *sektionen* anæmi af inre organ, sternums mærg mörjig, röd, för öfrigt intet anmärkningsvärdt.

Scorbutus.

26-årig m. Int. $\frac{20}{3}$, utskr. frisk $\frac{12}{9}$. Gula febern i Santos i Maj. En månad efter utskrifningen under resan värk i olika leder, mattighet, blöddingar i huden. Gick i arbete 1 månad, då tandköttet plötsl. blåaktigt utan smärtor eller andra obehag. Äfven andra af besättningen voro sjuka på samma sätt; kosten samma, som pat. såsom sjöman flera gånger förut mått väl af. Vid

intagandet ulceration af tandköttet, utom der tänder saknades, ej spontan blödning ur detsamma; betydlig utgjutning i knälederna, ej krepitering, riklig mängd större och mindre hudblödningar, delvis fluktuerande.

Ataxia alcoholica.

Ataxia alcoholica. 59-årig m. Int. $\frac{23}{21}$, utskr. fbd $\frac{30}{4}$. Längre svår alkoholist. Inkom i delirant tillstånd efter att någon tid hafva lidit af hufvudvärk, allmän klenhet, värk i mage, rygg, armar och ben (Influenza). Vid undersökning $\frac{26}{2}$ utprägladt ataktisk gång, tydligt Rombergs symptom, i lig-gande muskelsinnet ej betydligt förändradt. Plantarreflexer normala, patellarreflexer försvunna. Vidröringssinnet och trycksinnet ej förändrade, smärtsinnet öfverallt, mest å underbenen, nedsatt, normalt endast å ryggen. Normal pupillreaktion, ej gördelkänsla eller blåsrubbningar. Inga smärtpunkter, men diffus ömhet å benen. Elektrisk reaktion normal, elektrokutana sensibiliteten normal. $\frac{21}{3}$. Gång betydl. fbd. $\frac{10}{4}$. Tydlig pares af h. n. peroneus, dorsalflexion af foten omöjlig, n. peroneus ej förtjockad eller öm. Sensibilitetsrubbningen oförändrad (se ofvan). Aldrig parästesier. Utskrefs bet. fbd.

2 *Ataxia alcoholica.* 42-årig m. Int. $\frac{4}{4}$, utskr. bet. fbd $\frac{25}{5}$; int. $\frac{8}{10}$, utskr. fbd $\frac{17}{7}$. Missbruk af alkohol och tobak. För ett år sedan influenza, mest framträdande då domning i båda benen, värk utefter nervstammarna, värst i knäveckan. Sedan dess ej frisk i benen, ofta känsla af kyla. I Aug. domningar ånyo svåra under fötterna och i venster sida, svaghetskänsla i knäna, ibland ristande värk i benen; symptomen starkare i v. ben. Tillståndet tidtals bättre, tidtals sämre. Straxt före jul herpes zoster i v. sida å området för 5—8:de interkostalnerven. Vid *inkomsten* oupphörlig värk i v. ben, ristningar ibland, lätt trött, känsla af domning i fotsulorna, mest i tårna, kuddkänsla; känsla af domning i v. sida å nyssnämnda område. Ej hufvudvärk. Å v. sida af bröstet från ryggraden till midten af sternum å nyssnämnda området sensibiliteten betydl. nedsatt, å bålen, armarna och ansigtet för öfrigt normal. Smärtsinnet nedsatt å plantæ pedis, eljest normalt, likaså vidröringssinnet. Muskelsinnet nedsatt, tydlig ataxi, tydlig Romberg, gång ataktisk. Muskler ej atrofiska, ej paretiska, men något ridiga. Ej dorsalklonus, patellarreflexen å höger ben mycket stark, å v. ben på grund af benets spänning ej möjlig att framkalla. Cremaster å h. tydlig. å v. ngt svagare, plantarreflex saknas. Pupiller normala, ögonbotten normal. Efter nytt alkoholmissbruk försämrades symptomen igen, men förbättrades ånyo efter några veckors sjukhusvistelse.

Anmärkningsvärdt är i andra fallet stegringen af patellarreflexerna, oakadt symptomen för öfrigt tydde på en alkoholneurit. Vid denna brukar vanligen patellarreflexen vara försvunnen, och oftast är det det sista symptomet, som försvinner vid nämnda lidande. Att denna stegring ej berodde på någon spastisk process, synes mig otvifvelaktigt, ty den spänning, som fanns i musklerna, berodde snarare på en oförmåga hos patienten att slappa musklerna än på en verklig rigiditet. Derfor talar äfven, att denna muskel-spänning försvann, när patienten blef bättre. En sådan stegring finnes emellertid omnämnd i några fall och står därför ej alldeles isolerad eller talar för, att ej en alkoholneurit förelåg i fallet; symptomen för öfrigt tydde med bestämdhet på en sådan.

Hæmorrhagia cerebri.

Hæmorrhagia cerebri + Arteriosclerosis. 70-årig m. Int. $\frac{27}{2}$, död $\frac{29}{2}$. Plötsligt anfall med medvetslöshet. Vid *inkomsten* komatös, oregelbunden hjertverksamhet, ansigtshalvbor ej asymmetriska, oupphörliga roterande bulbusrörelser, pupiller lika stora, stundom ryckningar i h. ben, pares, så vidt möjligt att döma, af v. sida, buk- och cremasterreflexer försvunna, ej förstärkta patellarreflexer. *Sektion:* Höggradig arterioskleros, gyri tillplattade, fluktuation af h. hemisferen, som vid insnitt intogs af en barnhandstor blodhård, som äfven fylde h. ventrikeln. Denna hård intog bakre delen af frontalloben, öfre delen, af temporalloben och främre delen af occipitalloben samt hela deremellan lig-gande del af centrum semiovale och ganglierna samt nådde nästan ända till ytan, skild från denna endast af barksubstansen.

Hæmorrhagia ventriculi dextr. + Nephritis chron. interst. + Arterio-sclerosis + Bronchopneumonia. 52-årig m. Int. $\frac{2}{7}$, död $\frac{4}{7}$. Slaganfall med sanslöshet $\frac{1}{7}$. Vid *inkomsten* pat. medvetslös, pupillerna lika stora, något kontraherade, ögonen stodo uppåt och åt venster, h. extremiteterna absolut paralytiska, likaså h. facialis, med v. armen oupphörliga omotiverade rörelser, inga ryckningar. Följande dag något klarare, sannolikt h. hemianopsi, buk-reflexen borta å v. sida, cremaster borta, patellarreflexerna otydliga. Ingen rigi-ditet. *Sektion:* Begge subpialrummen öfver temporalloberna, isht den högra, fyllda af tunnt lager blod både i sulci och öfver gyri, ett tjockt koagulum å h. kanten af cerebellum. V. hemisferen vid insnitt öfverallt frisk, v. ventri-keln något dilaterad af tunnflytande blodfärgad vätska, ganglier friska. H. ventrikeln fylld af koagulerad blod. hvita substansen i dess närhet trasig, för sådant å bakre delen af thalamus opticus, och här var denna förstörd, motsva-rande nedre bakre delen jämte angränsande delar af capsula interna och nucleus caudatus. Hjärtat kolossalt, 14×14 ctm, v. kammarens muskulatur 20 mm., valvler och mynningar friska, betydlig arterioskleros i aorta. Bronchopneumonier i h. lungans nedre lob. dessutom skrumpling af njurarne med en cysta, motsvarande en papill, i v. njuren.

Således två fall af kolossal blödning med utträde af blodet i ventriklarne. Särskildt det sista fallet är mycket anmärkningsvärdt, då hjernlesionen här var samsidig med hemiplegien. Be-klagligtvis blef genom ett missförstånd medulla ej gömd, hvarför en undersökning ej kunde göras öfver pyramidbanornas förlopp; pyramiderna voro emellertid makroskopiskt normalt utbildade. Anmärkningsvärdt i fallet är äfven den kolossala hjerthypertrofien.

En kolossal meningealblödning fanns dessutom i ett fall af endocarditis ulcerosa samt i ett af en nephritis chron. interstitialis (se dessa).

Dessutom har ett fall vårdats för kvarstående lindrig demens efter ett slaganfall, sannolikt en hæmorrhagi, samt ett fall för symptom af en ponsblödning.

Hæmorrhagia pontis. 29-årig sjöman. Int. $\frac{17}{3}$, utskr. ofbd $\frac{11}{4}$. Sy-filis? Alltid frisk? För 16 mån. plötsligt slaganfall. Vid *inkomsten* pat. idio-tisk, v. pupill mindre än h., parals af v. ansigte, pares af h. extremiteterna, ingen rigiditet, stegring af patellarreflexerna å båda sidorna, mest den h., tydlig

dorsalklonus å h. ben, stegring af reflexerna å h. armen. Ärr efter buboner i v. ljumskan och efter sår å glans samt i corona glandis.

Anmärkningsvärd är pat:s höggradiga intelligensnedsättning, oaktadt de kliniska symptomen endast tyda på en härd i pons.

Embolia cerebri.

Två fall, i det ena såsom följd af ett vit. cordis, i det andra efter en endokardit (se dessa).

Thrombosis cerebri.

Thrombosis cerebri + *Cor adiposum*. 60-årig qv. Int. $\frac{18}{12}$ 91, död $\frac{24}{3}$ 92. Moder död af slag, apoplektisk habitus å mödernet i många led. De sista åren andtappa, aldrig svindel. $\frac{17}{12}$ slaganfall, dagarne förut diarré. En timma efter anfallet däsigt, men fullt medveten, ögonen vända åt höger. Vid *intagandet* något soporös, artikulationen dålig, men ej afasi, venstersidig hemianopsi, ögonrörelser normala, pupiller lika stora, reagera, tydlig hemiopisk pupillreaktion. Sensibilitet nedsatt i v. ansigtshalvfan, här nästan analgesi, paralyt af densamma, äfven lindrig pares af öfre facialisgrenen, tungan devierade åt v., hela v. sidan anestetisk och paralytisk, senreflexer å den förlamade sidan totalt upphäfd, ej dorsalklonus, incontinentia urinæ et alvi, ödem å v. sida. $\frac{29}{1}$ ryckningar i h. benet, $\frac{16}{2}$ d:o i v. benet, $\frac{11}{3}$ tydlig venstersidig hemianopsi, perimeterundersökning kunde ej utföras. Sensibilitet å v. sida fortfarande nedsatt, v. facialis nu endast paretisk, öfre grenen normal. Patellareflexer ej förstärkta, inga spastiska fenomen. $\frac{17}{3}$ nytt anfall. *Sektion*: En brunaktig uppmjukningshärd i h. centrum semiovale, som ej nådde till ytan, men inåt intog en del af capsula interna och nucleus lenticularis, medan thalamus var normal; uppmjukning äfven af h. pedunculus cerebri. (Mikroskopisk undersökning ännu ej utförd). Fettdegeneration af hjertat. I dura cerebri i de bakre delarne talrika förkalkade skällor.

Anmärkningsvärda äro den hemiopiska pupillreaktionen, frånvaron af spastiska fenomen trots qvarstående förlamning och uppmjukningen af pes utan rubbning af ögonmuskulaturen. Den närmare undersökningen af hjernan får förklara den egendomliga symptombilden. Särskildt förtjenar framhållas, att till en början äfven öfre facialisgrenen var paretisk, ett förhållande, som dock ej är så sällsynt under första tiden efter insulten.

I tvenne andra fall har dessutom en hjerntrombos anträffats, nämligen i ett af ett vit. org. cordis och i ett af en cancer ovarii (se dessa).

För hemiplegiska symptom, sannolikt beroende på en hjerntrombos, hafva dessutom vårdats 9 fall. Dessa gälde 5 män i en ålder af 40, 40, 40, 57 och 58 år, af hvilka 2 med säkerhet haft syfilis, och 4 kvinnor om resp. 65, 76, 76 och 78 år. Förlamningen var i 5 fall venstersidig och omfattade hela kroppshalvfan, i 3 fall högersidig, i det ena inskränkt till arm och ansigte. De 3 sistnämnda voro förenade med afasi, som i 2 var rent motorisk, i ett fanns derjämte ordblindhet och orddöfhet.

I ett fall utbildades en atetos af de paretiska extremiteterna, och i ett fall, som inkom omedelbart efter attacken, var äfven öfra facialisgrenen angripen; i 3 funnos sensibilitetsrubbingar å den hemiplegiska sidan. Ett fall var särskildt anmärkningsvärdt på grund af symptombilden, en cerebral pseudobulbärparalys (se sid. 47).

Abscessus cerebri.

Abscessus cerebri + Empyema dextr. 50-årig m. Int. $\frac{9}{4}$, död $\frac{8}{10}$. 2 månader före inkomsten blef pat. matt, förlorade matlusten, fick värk i maggropen samt h. sidan af bröstet och ryggen. Han magrade mycket, svettades mycket samt hostade dagligen blod. Symptomen tilltogo alltmer, utan att dock på sista tiden expektoratet varit blodigt. Vid *inkomsten* betydligt empyem af h. pleurahålan utan bakterier. Büllau. Tillståndet förbättrades småningom, så att pat. till slut kunde gå uppe, $\frac{23}{9}$ 3 anfall af medvetslöshet i förening med kramp af hela kroppen. Ingen kvarstående förlamning, intelligens efteråt fullt normal. $\frac{27}{9}$ lindrig pares af h. ansigtshalfvan, domning af hela kroppen utan medvetslöshet. $\frac{1}{10}$ medvetslös, inga tydliga pareser. *Sektion:* I högra hemisferen en äpplestor abscess i centrum semiovale, som brustit in i h. ventrikeln och nedåt sträckte sig ända till hjernbasen, der den endast genom en tunn lamell i trakten mellan pedunculus och gyrus falciformis var skild från ytan. Ingen meningealretning. I h. pleurahålan ett empyem, begränsadt af tjocka, svåliga membraner, mellan 2—300 kubtm. var. H. lungan atelektatisk i de nedre partierna. Typisk levercirrhos, amyloid i tarmen.

I detta fall häntydde symptomen på en börjande hjernabscess, deremat funnos inga lokalisationsymptom, som möjliggjort ett operativt ingrepp. Torakotomi afböjdes af patienten, möjligen hade en sådan kunnat förebygga abscessens uppkomst.

Meningitis.

3 fall döda circa 2 dagar efter inkomsten, i en ålder af resp. 21, 47 och 59 år. I de två sistnämnda var utgångspunkten en otitis media. I det ena af dem hade pat. efter en influensa fått en dubbelsidig otit, i det andra kunde inga uppgifter erhållas om, huru länge otiten varat. I det förra hade processen äfven utbredd sig till ryggmärgens hinner, i det senare tyckes ett visst samband finnas mellan ett föregående slag och processen; åtminstone hade pat. 1 vecka före insjuknandet erhållit ett våldsam slag i hufvudet.

Samma var förhållandet i följande fall:

Meningitis purulenta + Contusio cerebialis. 21-årig m. Int. $\frac{17}{3}$, död $\frac{18}{3}$. 2 månader före inkomsten hade pat. erhållit ett våldsamt slag i hufvudet af en butelj. Har sedan dess ständigt klagat öfver hufvudvärk, men arbetat. $\frac{15}{3}$ plötsligen yrsel, ryggsmärtor, frysningar och kvalningar samt utpräglade meningitiska symptom. *Sektion:* Gyri tillplattade, dura spänd, pia grumlig, under den öfverallt gulflockig vätska, mest i trakten öfver vermis.

Å basen af båda lobi temporales den grå substansen lösare än å öfriga delar af hjernan, grå substansen här genomsatt af talrika blödningar i de yttligare delarne. Hjernan för öfrigt utan anmärkning. I ventrikeln talrika erosioner.

Ett samband mellan traumat och de funna förändringarne finnes troligen. Åtminstone är det ej osannolikt, att den ytliga uppmjukningen å basen af båda lobi temporales är en följd af ett sådant, i det en uppmjukning genom contre-coup uppstått. Härför talar, att meningealprocessen ej var mest utpräglad i denna trakt, då man ju eljest kunde tänka på en följd af inflammationen härstädes, och att ej någonstädes eljest en liknande förändring af hjernbarken kunde anträffas. Sambandet mellan traumat och meningiten är deremot dunklare; att ett sådant, om ej direkt så åtminstone indirekt, finnes, synes mig vara sannolikt, då eljest ingen ursprungshärd för densamma kunde upptäckas.

Neuritis.

Tvenne fall äro anmärkningsvärda.

Neuritis deg. multiplex post influenzam. 48-årig m. Int. ^{28/}₁₂ 91, utskr. fbd ^{9/}₂. 5 veckor före inkomsten influenza. Vid försök att stiga upp efter en vecka stor svaghet af benen; 3 å 4 dagar senare värk och domning i båda fötterna, strålände uppåt underbenen upp till knäet, samt likadant i armarne, mest händerna. Småningom hafva ben och armar afmagrat, krafterna aftagit. Aldrig gördelkänsla, synrubbning, blod- eller rektalrubbningar. Vid *inkomsten* betydligt afmagrad, intelligens, puls, urin, temperatur normal. Ristande smärtor i ben och armar, mest i de periferiska delarne, domning i händer och fötter. Tydlig pares af arm- och benmuskler, ej fibrillära ryckningar, muskler öfverallt mycket ömma, n. ulnaris öm och förtjockad, patellarreflexer försvunna. Sensibilitet fullt normal, undant. å v. fotrygg, der pat. ej kände lindrigt vidrörande och ej med säkerhet kunde skilja hufvud och spets å en nål. ^{16/}₁ ömhet äfven utefter cruralis och ischiadicus. Faradisk retbarhet bibehållen.

Att här en multipel neurit förelåg i samband med en influenza framgår af symptombilden. Fallet är så till vida ovanligt, som hittills endast några få liknande beskrifvits efter nämnda sjukdom.

Neuritis brachii + Herpes zoster + Bradycardia. 72-årig qv. Int. ^{29/}₁₀ 91, utskr. fbd ^{26/}₂ 92. 2 månader före inkomsten plötsl. å h. armen en mängd små blåsor, sträckande sig längs radialsidan af öfverarmen från trakten af processus styloideus radii till skuldran. Utslaget försvann efter 3 dagar fullständigt, men sedan dess kvarstod en allt jämt tilltagande värk i armen, begränsad till underarmens, handens och fingrarnes volarsida, jämte tilltagande oförmåga att röra fingrarne och underarmen. Vid *inkomsten* kunde noggrannare undersökning ej företagas, emedan minsta rörelse af armen förorsakade pat. svåra plågor. Dock konstaterades en högggradig atrofi af h. armen, isht underarmen å både extensor- och flexorsidan, handen blef tidtals ödematös, stark ömhet å underarmen, isht volarsidan, rörelserna voro mycket inskränkta och paretiska, tydlig anästesi fanns ej. Spolförmig ansvällning af v. ulnaris. Under vistelsen förbättrades tillståndet, dock kvarstod ännu en pares af handen

och underarmen, sensibiliteten var täml. normal; huden i handen var en tid skrofflig och torr och naglarne tvärstrimmiga, handen var ödematös och blårod samt kall. Ansvällningen af ulnaris minskades småningom.

Således pares, atrofi af alla underarmens muskler, svår värk, utpräglade trofiska rubbningar, en symptombild, som måste sättas i samband med en diffus neurit af nerverna till underarmen. För denna uppfattning talar äfven förtjockningen af n. ulnaris. Denna process har äfven sannolikt gifvit anledning till den herpes zoster, pat. lidit af. Anmärkningsvärdt är, fränsett en herpes zosteris uppträdande å armen, den utbredda neuriten af alla nerverna i armen, oaktadt herpes endast uppträdde längs en ytlig kutan nervgren, i hvilkens utbredningsområde ej någon sensibilitetsrubbning kunde konstateras.

Ophthalmoplegia externa.

20-årig qv. Int. $12/10$, utskr. ofbd $15/12$. Ej lues. Sedan några år ofta hufvudvärk, ej synnerligen häftig, ej kräkning eller yrsel. $18/7$, känsla af tyngd i hufvudet, ej värk; hon märkte då snart, att v. ögat förlorat sin rörlighet; 2 å 3 dagar senare dubbelseende. Paresen har ej tilltagit, utom i fråga om ögonlocket, som de sista 14 dagarne hängt ned alldeles slappt. Vid *inkomsten* en i allmänhet frisk, kraftig flicka. Ansigtet symmetriskt. V. ögonlock hängde slappt ner och kunde endast obetydligt höjas; rörelser uppåt, venster uppåt och åt venster å v. öga omöjliga, inskränkt rörlighet åt h. och nedåt höger, normal nedåt; dubbelseende. Pröfning med färgadt glas visade pares af alla muskler utom af nedåtförarne af ögat. Svår hufvudvärk omkring v. ögat; pat. tyckte, att smärtan utgick från ögonhålan och derifrån strålade ut. Lindrig ömhet å utsidan af ögonhålan, ingen framskjutning af bulben. Yrsel och qväljningar. Synskärpan subjektivt nedsatt, oftalmoskopisk undersökning visade ögonbotten normal. $7/11$. Känsla af frambugtning af inre delen af v. margo supraorbitalis, ofta qväljningar. Objektivt möjligen lindrig frambugtning af margo supraorbitalis sin. Ömhet för tryck här och i omgifningen, stark smärta uttryck å n. supraorbitalis och bulben, ingen ömhet för öfrigt å nervernas utträdesställen. Lindrig nedsättning af sensibiliteten å v. pannhålfvans 2 inre $1/3$, vid timningen normal sensibilitet. Hyperalgesi å det hypästetiska området, mest i närheten af midtlinien, temperatursinnet der normalt för större temperaturskillnader. Bulbens känslighet normal. Känsla af stramning i v. pannhålfva vid rynkande af pannan, kranialnerverna för öfrigt fullt normala. $13/12$. Oftalmoskopisk undersökning visade normal ögonbotten, rörlighet utåt fortfarande totalt borta, möjligen något ökad för öfrigt. Hufvudvärk kvarstod. Ingen framskjutning af bulben.

Således parals af rectus superior, obliquus inferior, rectus externus och pares af rectus internus, obliquus superior och levator palpebræ sup., normal funktion af rectus inferior, anästesi i utbredningsområdet för n. supraorbitalis med hyperalgesi.

Det skulle här blifva för långt att ingå på ett differentialdiagnostiskt resonnemang, bestämda hållpunkter för det ena eller andra antagandet funnos ej. De möjligheter, som erbjödo sig, voro en tumörbildning i orbita eller intrakranielt derbakom,

en inflammatorisk process derstädes, en polioencephalitis sup. och slutl. en hysterisk affär. Diagnosen lemnades öppen, då för hvar och en af dessa möjligheter så mycket kunde anföras för och emot, att någon bestämd slutsats ej kunde dragas,

Paralysis musc. serrati majoris.

Fallet anföres endast på grund af isolerade serratusparalysers stora sällsynthet.

34-årig m. Int. $\frac{23}{11}$, utskr. fr. $\frac{20}{12}$. Ingen hereditär belastning. Aldrig reumatism förr, alltid frisk. Intet trauma, har dock de senare åren ofta burit tunga bördor å v. skuldran. Alkoholmissbruk, ej lues. För ett par år sedan märkte pat. svaghet af v. axeln, han kunde ej lyfta armen så fritt som förut, inga smärtor vid rörelser, ingen värk, rörlighet af armen för öfrigt normal. Gick snart öfver. För 3 mån. sedan värk i v. öfverarmen såväl natt som dag, lindrigare vid rörelser. Armen kändes stel, mest om morgonen, mindre efter rörelse. De sista 14 dagarne armen dessutom mycket öm. Häftiga smärtor vid försök att lyfta armen tvärs öfver dess öfra del, armen kändes kall och bortdomnad. Vid *inkomsten* kraftigt bygd pat. Subjektivt ristningar i v. arm och känsla af, som om något rann utför densamma. V. armen kunde abduceras endast till rätt vinkel mot bålen, högre endast, om scapula fördes passivt framåt, och äfven då endast med svårighet. Flexion bra; öfriga ledgångar normala. Passiv rörlighet normal. Höjning och tillbakadragning af scapula lika å båda sidor. V. scapula betydligt utstående, dess spets stod högre än den h. och låg närmare medellinien. Muskulaturen å v. öfverarm kändes något slappare och tunnare än å h. arm. Omkrets öfver biceps' högsta hvälfning v. 25,5, h. 28 ctm. Öfverarmens muskler reagerade bra vid elektrisk undersökning undant. deltoideus, som reagerade endast för starka strömmar. Serratus ant. oretbar. Stark ömhet för tryck å deltoideus. Sensibilitet normal.

Paralysis traumat. plexus brachialis bilateralis.

Äfven följande fall torde höra till de mindre vanligen förekommande.

58-årig m. Int. $\frac{23}{11}$ 91, utskr. fbd $\frac{23}{2}$ 92. Någon dag före *inkomsten* blef pat. öfverfallen, fick först ett slag i hufvudet, så att han förlorade medvetandet. Då han straxt derefter återfick detsamma, kände han, huru den öfverfallande tilldelade honom slag på slag med något tillhygge i nacken samt på halsen och skuldrorna. Efter en stund märkte han, att båda armarne voro alldeles förlamade, samt att hufvudet hängde ned mot bröstet. 2 dagar senare svår värk i armarne och nacken; småningom återkom eu viss rörlighet i armarne. Blåsa normal, fæces afgingo ofrivilligt till en början. Vid *intagandet* pares af v. armen, paralyt af h. armen, i skulderleden dock ringa rörlighet. Hufvudets rörlighet normal. Anæstesi och analgesi å h. underarmen och handen, stark ömhet för tryck i båda fossæ supraclaviculares. $\frac{26}{11}$. Sensibilitet normal å h. underarmen och handen. $\frac{27}{11}$. Flexionsrörelser i h. armbåge möjliga. $\frac{28}{11}$. Sträckrörelser der möjliga, likaså pronation och supination af handen. $\frac{1}{12}$. Obetydliga flexionsrörelser af 3:dje och 4:de fingret å h. hand möjliga. $\frac{18}{12}$. Alla fingrar ngt rörliga å h. hand, armen ngt atrofisk. $\frac{27}{1}$. Rörlighet täml. normal; atrofi försvunnen, armomkrets 1 ctm. större än förut.

Sannolikt är anledningen till symptomen en traumatisk lesion af plexus i fossæ supraclaviculares. Man kunde tänka

på möjligheten af en blodutgjutning ini ryggmäragskanalen, dock synes mig det gjorda antagandet sannolikare.

Diabetes mellitus.

2 fall döda, båda i coma vid resp. 22 och 37 års ålder. Sockerhalten i det ena till en början 5,54 %, vid döden 3,88 %, i det andra 2,98 %. I båda funnos ftisiska förändringar med kaverner i lungorna, utan att under lifvet tuberkelbaciller kunde påvisas eller efter döden tuberkulösa förändringar anträffades. I hjernan fanns lindrigt ödem, eljest inga makroskopiska förändringar.

Endocarditis

Endocarditis acuta valv. mitral. et atrii sin. et endocardii ventric. sin. + Infarctus lienis et renum. 26-årig qv. Processen uppstod i samband med en akut reumatism. På slutet ikterus. *Sektion:* Å mitralisvalvulernas fria kant och ventrikelsida ända till 1 ctm. låga, fria, täml. fastsittande fransar. Öfverallt i v. ventrikeln små spridda verrukösa exkrescenser. Å mitralisvalvulernas förmakssida samt ung. $\frac{1}{2}$ v. atriets insida tätt sittande knottorr, lätt lossnande, ej ulcererade. Inga infarkter i lungan, men väl i mjelte och njurar; äfven i lefvern sannolikt sådana, åtminstone finnas här gulaktiga, liksom nekrotiska partier, omgifna af blödnigar. Dessutom ascites och hydrothorax.

Anmärkningsvärdt är i fallet de verrukösa exkrescensernas uppträdande i så riklig mängd å både v. ventrikelns och atriets insida samt de egendomliga bildningarne i lefvern, som väl sannolikt framkallat den ikteriska färgningen under lifvet.

Endocarditis verrucosa valv. aortæ et mitralis + Embolia (?) cerebri + Bronchopneumonia sin. + Infarctus lienis. 64-årig qv. Int. $\frac{1}{2}$, död $\frac{2}{2}$. Inkom i halft soporöst tillstånd. V. kroppshalfvan och facialis förlamade, conjunctivalreflex saknades i v. öga. *Sektion:* Riklig mängd ödem under pia. Stora hjernan makroskopiskt i dess helhet normal. Å h. lillhjernans undre yta en uppmjukningshärd. Ingenstädes i de arteriosklerotiska hjernkärlen någon embolus. Tungformiga exkrescenser å aortavalvulerna, bildade af löst sammanhängande, knappålshufvudstora knottorr; den största tungan mätte 1 ctm. i längd, $\frac{1}{2}$ i bredd. Små knottorr längs mitralisvalvulernas slutningslinie.

Sektionen lemnade ej någon förklaring till den totala halfsidiga hemiplegien, men väl fanns en uppmjukningshärd af något äldre datum i lillhjernan. Huruvida under lifvet några symptom funnits från denna härd kunde ej erueras.

Endocarditis valv. aortæ c. perforatione valv. aortæ + Infarctus pulm. et lienis. 42-årig m. Int. $\frac{21}{6}$, död $\frac{24}{7}$. Tromber i h. aurikeln. Mitralisvalvler normala. Talrika exkrescenser å h. främre och bakre valveln, största förändringarne dock af v. främre valveln. Den var genomborrad af ett hål från dess fäste till midten af dess höjd, med trasiga kanter. Detta hål täcktes åt ventrikelsidan af en valvelformig bildning, som utgick från valvelns

fäste, mätte 1 ctm. i höjd och bredd och vid fästet 1 mm. i tjocklek, men afsmalnade mot den fria ändan, der den var transformigt uppluckrad. Dessutom tydlig levercirrhos.

Endocarditis ulcerosa + Infarctus lienis et renum + Embolia cerebri + Haemorrhagia meningialis. 21-årig qv. Int. $\frac{3}{6}$, död $\frac{12}{6}$. Pat. lär hafva varit sjuk i 3:ne veckor, förut alltid varit frisk. På våren influenza, som dock gick öfver utom hufvudvärken, som kvarstod. För 3 veckor tyfoiddliknande sjukdom med kräkningar, diarréer, frysning, omtöcknad sensorium; 2 dagar efter insjuknandet lindrig strabism, slutl. de sista dagarne ptosis. Diagnos ställes af läkaren på tyfoid, mjelten var då mycket större än vid inkomsten. Aldrig reumatism. Inkom i soporöst tillstånd, var väl nutrierad, urin fri från ägghvita, temp. 39,6. Kräkning. I huden inga blödningar. Buken indragen, höggradig ptosis å h. öga, strabismus divergens af samma öga, pupiller olika, inga pareser för öfrigt, men en gång ryckningar i h. armen. Kernigs fenomen fanns icke, ingen nackstyfhet. Hjertat nådde 1 ctm. utanför h. sternalkanten, ett starkt systoliskt blåsljud uppträdde under sjukhusvistelsen, 2:dra pulmonalstonen ej förstärkt, intet fremsissement. Sista dagen pulsen i h. radialis mycket otydligare än i v., förut lika å båda armarne, naglar ngt bleka och handen kall. Sista dagen emboliska hudblödningar. *Sektion:* Emboliska blödningar endast å underarmarne; i pericardium talrika blödningar. Mitralisöppningen fylld af exkrescenser, hopade till två hasselnötstora knölar, en å vardera valveln; exkrescenserna voro mjuka, ulcererade, föllo lätt sönder. Talrika blödningar å pleura, infarkter i mjelte och njurar, talrika blödningar i peritoneum, å tarmarne och å blåsan. Dura å v. hjernhalvvan spänd, genom den framskimrade ett blåaktigt blodkoagel, som löst låg på pian, var $\frac{1}{2}$ ctm. tjockt och täckte hela v. hemisferen ända till hjernbasen. Blödningar i hjernsubstansen och i pia i trakten af frontalvindlarne, särskildt öfver 2:dra h. frontalvindeln. En uppmjukningshärd i h. pes hippocampi i dess ytligaste delar. I centrum semiovale några mm.-stora härdar. Medulla och pons utan anmärkning.

Fallet visar, huru svårt det är att till en början ställa diagnos på en ulcerativ endokardit. Till en början tänkte den behandlande läkaren på en tyfoid, sedan, när ögonsymptomen utbildades, på en meningit af möjligen tuberkulös natur. Först de sista dagarne utbildades typiska symptom, särskildt sådana från hjertat uppträdde först då. Anledningen till den betydliga meningealblödningen fanns ej; den torde väl hafva uppstått vid tiden för ryckningarnes i högra armen uppträdande. Patientens tillstånd var för öfrigt allt för nedsatt för att tillåta en närmare pröfning af symptomen från hjernan.

Endokarditiska förändringar hafva dessutom anträffats i fall af tuberkulos, af vit. cordis (2 fall), af akut pneumoni, kronisk nefrit (2 fall), och dessutom funnos kliniska symptom af sådana i 9 fall af akut reumatism (se dessa) och i 3 fall utan föregående sådan, de sistnämde å mitralisvalvlerna; i de två funnos infarktbildningar.

Degeneratio cordis.

Ett fall hos en 45-årig qv. med en bronchopneumoni i sin början.

Dessutom 1 fall med anmärkningsvärda komplikationer.

Arteriosclerosis + Degen. cordis + Thrombos. art. coronar. c. infarct cordis + Abscessus pancreatis + Nephritis chron. senilis. 65-årig m. Int. $\frac{3}{12}$, död $\frac{10}{12}$. Vid sektionen hjertat ngt hypertrofiskt, muskulatur degenererad, art. coronariæ som hårda periband; den främres lumen fritt, den bakres vid inmyningen i aorta täppt af en kalkvandlad trombmassa. I bakre hjertväggen och äfven spridda i främre väggen i v. kammaren gulaktiga, torra, hårda partier, skarpt begränsade mot muskelsubstansen, utan antydan till teckning; den största af dessa nådde ända till endokardiet, mätte i längd 6, i bredd 5 och i tjocklek 1 ctm. I h. aurikeln en fastsittande tromb. I pankreas nära cauda en liten varhård af 1—2 mm. diameter i bredd, fylld af tjockt, gult var, för öfrigt små hvitaktiga konkrement i pankreas' substans här och hvar.

Anmärkningsvärd är den betydliga infarktbildningen i hjertat, som på grund af dess utseende ej var af allra färskaste datum, och som det oaktadt tillåtit hjertat att funktionera; dessutom den symptomlösa pankreasabscessen.

Vit. org. cordis.

Insuffic. et stenosis ostii aortæ + Hypertrophia cordis + Endocarditis verrucosa + Infarctus lienis et renis dext. + Hydrothorax. 22-årig qv. Int. $\frac{23}{31}$, död $\frac{7}{10}$. Aldrig reumatisk feber. Den bakre aortavalveln afdelad på tvären i tvenne flikar, kanterna besatta med fina endokarditiska exkrescenser.

Insuff. et stenosis ostii aortæ + Insuff. ostii mitral. + Endocarditis verrucosa valv. mitral. + Hypertrophia et dilatatio cordis + Synechia pericardii + Nephritis chron. amyloidea + Hydrothorax + Hydropericardium. 23-årig m. Int. $\frac{29}{63}$, död $\frac{15}{6}$. Aldrig reumatisk feber. Aortavalvler sammanväxta, broskhårda, utan exkrescenser.

Insuff. et stenosis ostii mitralis + Insuff. ostii aortæ + Endocardit. verrucosa valv. aortæ et mitral. + Pericarditis fibrinosa + Hydrothorax + Ascites + Cirrhosis hepatis. 11-årig gosse. Int. $\frac{30}{7}$, död $\frac{20}{9}$. Scarlatina och chorea för 7 år.

Stenosis et insuff. ostii mitralis + Infarctus pulm. + Hydrothorax + Hydropericardium + Ascites + Myoma uteri + Perioophoritis chron. 40-årig qv. Int. $\frac{18}{7}$, död $\frac{20}{7}$. Aldrig reumatisk feber. Tromber i h. aurikeln, mitralisöppningen endast blyertspennetjock.

Stenosis et insuff. ostii mitralis + Stenosis ostii tricuspidalis + Synechia pericardii + Endocarditis verrucosa + Arteriosclerosis art. pulmonalis. 25-årig m. Int. $\frac{20}{10}$ 91, död $\frac{8}{1}$ 92. För 7 år reumatisk feber, som recidiverat upprepade gånger. Andfäddhet, tydlig lefverpulsation, ej tydlig venpulsation, skarpt blåsljud äfven öfver tricuspidalis. Vid sektionen gammal synechia pericardii. Ostium tricuspidale passerbart endast för 1 finger, valvler fasta, gulaktiga, besatta med spridda knotrör. Venæ pulmonales normala, intima i art. pulmonalis ända in i de finare grenarne gulaktig, ngt

luddig, förtjockad, luddighet ej bortskrapbar med knifven, inga ulcerationer. Mitralisöppningen blyertspennetjock, ej exkrescenser. Aorta ovanligt trång, 5 ctm. i omkrets, dess intima i den ascenderande delen normal, spridda gulaktiga fläckar i aorta descendens; dock obetydligt i jämförelse med pulmonalis' insida.

Ett ovanligt fall på grund af dels den relat. mycket sällsynta gamla tricuspidalisstenosen, med de endokarditiska färska exkrescenserna, dels den ej obetydliga sklerosen af art. pulmonalis, medan aorta var relat. oförändrad, dels slutligen den tränga aorta. Denna sistnämnda är möjligen ett uttryck för en från början hämmad utbildning af hjertat, till följd hvaraf detsamma egt mindre motståndskraft än ett normalt utbildadt och sålunda de höggradiga förändringarne kunnat utbildas.

Stenosis et insuff. ostii mitralis + Infarctus lienis et renum + Hypertrophia cordis + Thrombosis v. femoralis et cerebri. 58-årig qv. Int. $\frac{11}{10}$, död $\frac{29}{10}$. 14 dagar före inkomsten håll i ena sidan, plågor i magen, kräkningar. Några dagar före inkomsten pares af v. hand, som dock snart gick öfver. Vid inkomsten intet ödem, puls ojämn, betydlig slöhet, svåra plågor i epigastrium, kräkningar, ej pares någonstädes. Ej afasi, ej orddöfhet, läsprof omöjligt att utföra. Vid *sektionen* i båda venæ crurales obturerande tromber, ingen tromb i hjertat, foramen ovale ej öppet. En ytlig uppmjukningshärd å v. hemisferens gyrus angularis, för öfrigt intet.

Källan för de talrika infarkterna kunde ej upptäckas i hjertat, derifrån desamma dock måste utgått, ty något öppet foramen ovale fanns icke. Sannolikt hafva små trombmassor funnits i v. aurikeln, hvarifrån de utslungats i stora kretsloppet, ty i lungorna funnos inga infarkter.

Pyopneumothorax.

Pyopneumothorax + Infarctus gangrenosus lobi inf. dext. + Degen. cordis + Arteriosclerosis. 52-årig m. Int. $\frac{30}{3}$, död $\frac{25}{4}$. Inkom med håll i h. sida, stark cyanos, dämpning baktill å h. lunga samt symptom af hjert-degeneration. $\frac{7}{4}$ hämorrhagisk vätska i h. pleurahålan, i ringa mängd. $\frac{19}{4}$ Symptom af pneumothorax. *Sektion:* Arterioskleros, mest af art. coronarie och aorta descendens. Inga trombmassor i hjertat, som var kolossalt och degenererad. I h. pleurahålan 1 liter stinkande var. Å nedre loben å utsidan å ett 2 ctm.-stort område pleura borta, lungsubstansen blottad och brandigt missfärgad. I midten af detta område ett hål, genom hvilket sond inträngde i en platträckt håla. Det arteriela kärlet till detta område fyllt af en fastsittande, ej smältande trombmassa, de stora kärlen fria.

Källan för embolien i detta fall kunde ej upptäckas. Sannolikt har infarktbildningen uppträdt vid tidpunkten för pat:s intagande, då hållsymptomen utbildades; gangrän af obekant anledning har derefter tillstött, och slutligen en pneumothorax utbildats.

Pneumonia acuta.

70 patienter hafva under året vårdats för krupös lunginflammation, af hvilka 12 affidit på grund af sjukdomen. Af dessa afledo ej mindre än 3 inom 24 timmar efter inkomsten. Största antalet insjuknade finnas i Mars, April och Maj med resp. 11, 9 och 12, största antalet dödsfall i Maj med 5. Af de insjuknade voro 50 män (10 döda) och 20 qvinnor (2 döda). 7 voro i åldern mellan 11—20 år, 16 (2 döda) mellan 21—30. 26 (3 döda) mellan 31—40, 6 (2 döda) mellan 41—50, 10 (5 döda) mellan 51—60, 4 mellan 61—70 och 1 83 år. Hos dessa fanns pneumonien i öfre h. loben i 11 fall (4 döda), öfre v. loben i 5 fall (1 död), i nedre h. loben i 21 fall, i nedre v. loben i 20 fall (2 döda), i båda lungornas nedre lobor i 1 fall, i h. mellersta loben i 2 fall, i hela h. lungan och öfre v. loben i 2 fall (1 död), i hela h. lungan i 2 fall (1 död) och i hela v. lungan i 6 fall (3 döda). Döden inträffade hos 1 å resp. 4:de, 7:de, 9:de och 11:te samt hos 2 å resp. 5:te, 12:te och 13:de dygnet, hos 1 efter en månad och hos 1 å ej närmare bestämbar tid efter sjukdomens början. Hos de öfriga inträdde resolution hos 4 å 4:de, hos 1 å 5:te, hos 8 å 6:te, hos 13 å 7:de, hos 12 å 8:de, hos 4 å 9:de och 10:de, hos 3 å 13:de, hos 2 å 15:de, hos 1 å 19:de, hos 3 å omkr. 30:de dygnet, hos 1 å 45:te dygnet och hos 2 å ej närmare bestämbar tid.

Mjeltförstoring fanns vld sektionen i 7 fall och hos öfriga pat. i 9 fall, herpes i 8 fall. Af komplikationer funnos lunggangrän i 2 fall (döda), empyem i 1 fall, pericarditis i 3 fall (döda), lungabscess i ett fall, nephritis i 1 fall (död), delirium tremens i 4 fall (3 döda) och endocarditis i 1 fall.

En redan förut genomgången lunginflammation, oftast i samma lob, anmärktes i 13 fall.

I ett fall fanns en egendomlig lever:

Pneumonia acuta + Pericarditis. 57-årig qv. Int. $\frac{26}{11}$, död $\frac{30}{11}$. Lefvern af killiknande form, i längd 22, i bredd på midten framifrån bakåt 18 ctm.; den var uppdelad i talrika från något mer än knytnäfstora till plommonstora och mindre lobuli genom fåror, som fläckvis trängde nästan tvärt igenom hela leversubstansen. I dessa indragningar syntes ingen förtjockad bindväf eller ärrliknande väfnad. Parenkymet utan anmärkning.

Missbildningen torde otvifvelaktigt vara kongenital, då pat. förut varit fullkomligt frisk, och alkoholmissbruk med bestämdhet ej förefinnes. Härför talar äfven frånvaron af all ökad bindväfsutveckling i leversubstansen.

Bronchopneumonia.

3 pat. döda vid resp. 30, 67 och 71 år.

Entero-colitis.

I ett fall hos en 49-års man följde döden på grund af en höggradig ulcerativ colitis med djupa sår, i ett annat fall på grund af en akut tarmkatarr (cholera nostras) hos en 38-årig man med en komplicerade ensidig bronchopneumoni.

Peritonitis.

I 6 fall anträffades vid sektionen höggradiga peritonitiska förändringar, som gifvit anledning till exitus. Fallen gälde 2 män om resp. 44 samt 77 och 4 kvinnor om resp. 25, 32, 53 och 76 år. Utgångspunkten kunde ej upptäckas i 4 fall.

I ett fall befanns den vara en inklämd gangränös hernia perinealis. Fallet är på grund af dess sällsynthet utförligt beskrifvet sid. 75. I ett annat var utgångspunkten ett dubbelt ulcus ventriculi.

Ulcus ventriculi duplex + Peritonitis perforativa + Hydrothorax + Hydropericardium + Deg. cordis. 25-årig qv. Int. $\frac{25}{3}$, död $\frac{1}{4}$. Pat., som varit frisk, har på sista tiden förtärt mycket surt bröd, hvarvid hon icke varit van. Aldrig magsymptom, aldrig blodkräkning. Vid jultiden flek hon uppstötningar, men matlusten var god. $\frac{24}{3}$ under tvätt några gånger stickningar i maggropen, vid gång derefter uppför många trappor plötsligen häftig smärta i maggropen, kände yrsel, kallsvettades och svimmade slutligen. Smärtorna fortforo och spredo sig öfver hela buken, som blef hård och öm samt uppdrifven. Följande dag frysningar och svettningar. Aldrig kräkningar, men svåra qväljningar. Vid *inkomsten* mycket medtagen, facies hippocratica. Temp. omkr. 39°. Svåra smärtor, särskildt i epigastrium, buken hård, öm, uppdrifven. Lefverns dämpning minskad, lungor och hjerta normala. $\frac{27}{3}$. Smärtor lindrigare. $\frac{31}{3}$ Buk mjukare, inga smärtor, ytterlig pulssvaghet. Vid *sektionen* funnos i hjertsäcken 75 kbtm. klar vätska, pericardium var glatt, hjertat slapp, muskulaturen degenererad. I båda pleurahålorna omkring 300 kbtm. klar vätska. I bukhålan peritoneum glatt och glänsande; lefvern med sin främre kant fastväxt dels vid ventrikeln från curvatura minor till midten af dess framsida samt derifrån i en båge till fundus dels vid främre bukväggen. Här framträngde efter lefverns aflossande hväsande luft och tunnflytande var från en håla ofvanför lefvern, som intog hela v. lobens öfre yta. Vid lossande af vidväxningen vid ventrikeln syntes just i själfva vidväxningskanten ett cirkelrundt hål af $1\frac{1}{2}$ ctm diameter, beläget ung. midt på ventrikels främre vägg; varig beläggning å v. lefverlobens bakre partier i en utsträckning af 8 ctm. i bredd och 3 ctm. framifrån bakåt. Motsvarande det nämnda hålet i ventrikelväggen fanns å dess insida en substansförlust af ung. 3 ctm diameter, som förträngdes trattformigt i 2:ne afsatser mot det nämnda hålet. I närheten af cardia och curvatura minor fanns å bakre ventrikelväggen ett lika stort hål med något större substansförlust i slemhinnan (omkr. 1 mm.) än själfva perforationsöppningen i serosan; detta hål mynnade bakåt mot pankreas och var täppt af varmembraner. Ventrikelslemhinnan för öfrigt grunlig.

Fallet visar bland annat, huru latent ett ulcus ventriculi kan förlöpa. Ty otvifvelaktigt äro de båda funna såren af tämligen gammalt datum, oaktadt under lifvet inga symptom tydt på deras

närvaro. Huruvida desamma kunna sättas i samband med den ovanliga födan under sista tiden, är naturligtvis omöjligt att afgöra; anmärkningsvärdt är dock, att lindriga gastriska rubbningar först börjat uppträda i form af sura uppstötningar, sedan pat. börjat förtära surt bröd. För sårens äldre natur tala äfven de utbredda adherenserna af lefvern vid ventrikeln, som otvifvelaktigt förebyggt en allmän peritonit och därför måste vara af äldre datum än perforationens uppkomst. Men trots denna peritonitiska retning inga smärtor! Abscessen å lefverns öfre yta synes i fallet hafva uppkommit genom fortledning längs bakre lefverkanten, hvarför tala de här befintliga utbredda varmembra-
branerna.

Anmärkningsvärda komplikationer visade de flesta öfriga fall. Så fanns i följande ett venstersidigt empyem samt en högradig hydronefros af v. njuren med dilatation af hela ureteren, utan att i denna senare något tydligt hinder kunde upptäckas eller symptomen under lifvet antydt närvaron af den sistnämnda (observationen under lifvet dock hindrad af pat:s dåliga tillstånd); dessutom er kronisk nefrit.

Peritonitis acuta purulenta + Empyema sin. + Hydronephrosis sin. + Nephrit. chron. parench. 32-årig qv. Int. $\frac{3}{4}$. död $\frac{3}{4}$. Pat. har alltid varit klen och svag, magen dock alltid normal. Vårdades för några år sedan för cystit och albuminuri. På sista tiden ofta smärtor i ena sidan, hvilken kan hon ej uppge. $\frac{7}{8}$ fryssningar, pat. svimmade, fick svåra smärtor i magen, ej bestämdt lokaliserade, samt diarré. Vid *inkomsten* betydlig ömhet å buken, isht i regio ileo-coecalis och epigastrium, ingen resistens, lefverdämpning normal, puls 150. Smån. ökades bukens spänning, men ömheten försvann, inga smärtor, men oupphörlig singultus. $\frac{6}{8}$. Inga symptom från lungorna. Albumin i urinen. *Sektionen* visade purulent exsudat i peritoneum, coecum och ventrikeln normala, genitalia visade å tubæ rodnade och svålda fimbriæ, men voro för öfrigt normala. Degeneration af hjertat. I v. pleurahålan ringa mängd varigt exsudat. H. njuren stor, gulhvit, slapp, med något svällande bark af 6 mm. tjocklek, mærg blekt röd-blå. V. njuren i det närmaste förstörd och ersatt af det utvidgade njurbäckenet. Endast några mm. tjock njursubstans fanns kvar, äfven denna grunligt hvitgul, ogenomskinlig. V.; ureterens omkrets 4 ctm.; dilatationen sträckte sig till inträdesstället i blåsan, der ureteren plötsligen antog normala dimensioner, intet hinder dock här, sond passerade med lätthet från båda hållen, ingen valvel, ingen striktur, ingen inklämd sten.

Hindret måste på grund af sektionsfyndet hafva setat vid ureterens passage genom blåsväggen, utan att dock efter döden ett sådant kunde påvisas. Särskildt må i fallet framhållas försvinnandet af ömheten öfver buken de sista dagarne, ett, som jag ej sällan sett, prognostiskt synnerligen ögynnsamt tecken, som väl beror på en förstöring af nervapparaterna i peritoneum.

I följande fall fanns en egendomlig plötslig förträngning af rectum, som dock ej gifvit anledning till några egentliga stenosis-

symptom, men väl torde kunna sättas i samband med ständigt trögt lif och sannolikt torde vara en kongenital missbildning.

Peritonitis suppurativa + Synechia pericardii + Stenosis recti. 77-årig m. Int. $\frac{24}{8}$, död $\frac{31}{8}$. Pat. har alltid besvärats af förstoppning, ofta varande 5—6 dagar. $\frac{19}{8}$ smärtor, buken blef spänd, ej kräkningar, samtidigt förstoppning. Vid *inkomsten* ej egentliga smärtor, ihärdig förstoppning, rikliga flatus. Kräkningar. Buken spänd, lindrig ömhet, isht kring naveln, ingen begränsad resistens, ingen tydlig dämpning, lefverdämpning normal. $\frac{25}{8}$. Afföring efter lavemang. Tillståndet oförändradt till döden. *Sektion:* Synechia pericardii totalis, degeneration af hjertat, betydlig arterioskleros. Vid bukhålans öppnande tarmarne höggradigt utspända af gas och tunnflytande fäkalmassor, fastlödda sinsemellan af lätt lossnande varmemembraner. Coecum, processus vermiformis och tunntarmarne närmast dessa sammanlödda till ett bylte, som fylde hela fossa iliaca dextra och lilla bäckenet; vid detta byltes uttagande framvælde 4—5 matskedar var från djupet. Dock kunde ingensstädes någon perforation af någon tarm, särskildt ej af processus vermiformis, upptäckas. Dess slemhinna var något rodnad, eljest utan anmärkning, intet innehåll i densamma; samma gälde coecums och öfriga tarmars slemhinna. Nedre delen af rectum mätte 11 ctm. i omkrets, i öfre delen ett smalt parti med en omkrets af endast 4 ctm., utan att dock slemhinnan eller tarmväggen visade något abnormt, eller någon anledning i bukhålan till denna förträngning kunde upptäckas. Det förträngda partiet kunde ej uttänjas annat än obetydligt.

Utgångspunkten för den allmänna peritoniten tyckes på grund af sektionen vara coecaltrakten, dock visade sektionen ej någon perforation å dess delar eller annan förändring såsom anledning itil processen här.

I följande fall visade förändringarne en mera kronisk bild:

76-årig qv. Int. $\frac{26}{8}$, död $\frac{2}{9}$. Pat. daterar själf sin sjukdom från en förkylning för ett par års tid. Hon har sedan den tiden haft obehag i magen, men matlusten har varit god, aldrig kräkningar. Vid midsommartiden började buken att svullna, och i allmänhet tyckte hon hela kroppen blef pussig; ej särdeles svåra smärtor. Vid *inkomsten* obehaglig känsla i buken, utan att vara smärtsam, afföring normal. Pussigt ansigte, ödem å thorax, buken stor och slapp, öm, ingen tumör, bukväggarne hårda, förtjockade och ödematösa, likaså fötter och underben. Svaga hjertoner, ej albumin i urinen. Temp. 38°—39°. *Sektion:* Höggradig fettdegeneration af hjertat, njurar makroskopiskt normala. I buken voro tarmarne förenade med mer eller mindre svårt aflossbara adherenser, som isynnerhet i trakten af coecum voro särdeles fasta; fibrino-serös vätska i ringa mängd i bukhålan. Tarmarnes slemhinna, särskildt coecums och proc. vermiformis, normala.

Processen är i fallet otvifvelaktigt af äldre datum; derför tala åtminstone adherensernas fasta beskaffenhet. När den börjat, är emellertid omöjligt att på grund af de anamnestiska data afgöra; näppeligen torde dock patientens uppfattning vara riktig. Den egendomliga diffusa svullnaden torde få sättas i samband med hjertdegenerationen.

Med anslutning till nu anförda fall torde följande förtjena omnämnas, i hvilka en ej obetydlig ascites funnits, som väl sannolikt bör sättas i samband med lokala förändringar i peritoneum.

Ascites. 7-årig flicka. Int. $16/8$, utskr. frisk $14/11$. Ingen tuberkulös belastning. Pat. har förut varit frisk, tills hon i våras fick först angina, derpå lungkatarr med kvarstående hosta, dock aldrig blodig. Sedan dess har hon aldrig känt sig riktigt frisk. En vecka före inkomsten började buken utan anledning svälla under samtidig smärta och ömhet i den. Aldrig diarré. Vid *inkomsten* smärtor i buken, då hon gick uppe, eljest icke. Matlust och afföring normala. Ansigtet egendomligt blekt och pussigt (skrofulös habitus), dålig nutrition, intet ödem. Lindrig ansvällning af halsens körtlar. Buken betydligt utspänd, venerna å den tydligt framträdande, intet caput medusæ. Lungor normala, likaså hjertat, puls 124, liten, mjuk. Buken mycket utspänd, lindrig ömhet vid tryck. Matt ton från 3 ctm. ofvan naveln öfver hela v. baksidan, åt höger endast till 10 ctm. från naveln, medan längre ut fås tympanitisk ton. Lägeförändring förändrade ej perkussionsförhållandena. Tydlig fluktuation, profpunktion gaf klar, serös vätska. Lefverns absoluta dämpning började vid 6:te rethenet, var något minskad. Urin ej albuminhaltig. Temp. visade då och då lindriga stegringar till 38° . $15/9$. Dämpning först 3 ctm. nedom naveln, $17/9$ först 5 ctm. nedom naveln, bukometrets 68 ctm. Talrika rhonchi öfver begge lungorna. $20/9$ bukometrets 64 ctm., $28/10$ 61 ctm., $22/10$ 57 ctm. och $10/11$ 56 ctm.

Ascites. 23-årig m. Int. $24/3$, utskr. frisk $12/4$. Ingen tuberkulos i släkten. Alltid frisk. $20/3$ utan anledning molande värk i hela buken, dagarne förut lindrig värk i njurtrakten. $21/3$ tilltogo plågorna hastigt, pat. fick diarré och kräkningar, dagen derpå urin blodig (?), lindrig feber (?). Kräkningar lindrades genom medicin, urinen återtog sitt normala utseende, stark törst. Vid *inkomsten* pat. blek, intet ödem, temperatur afebril, puls 96, kräkningar, inga smärtor, urin normal. Buken hård och spänd, särskildt delarne nedom naveln och i blåstrakten. Tonen här dämpad, klar ofvan navelplanet. Diffus ömhet å buken, starkast å de nedre delarne. Dämpningen förändrades vid lägeändring. lefver och njurar normala. $25/3$ diarré, $26/3$ diarré, buken mindre öm, ascites nästan försvunnen, $28/3$ diarréet fortfor, $30/3$ diarréet slut.

I båda fallen fanns alltså en ascites, som småningom försvann, och som ej kan sättas i samband med förändringar i hjerta, lefver eller njurar, utan sannolikt beror på en lokal process i själfva peritoneum. Denna ascites var i första fallet begränsad, ej fritt rörlig, medan den i andra fallet var fullt fri. Af hvad art densamma är, är svårt att med bestämdhet afgöra. I det första fallet är misstanken på en tuberkulös affär berättigad. Pat:s skrofulösa utseende, de svullna halskörtlarne, vätskans uppträdande inom ett begränsadt område, den envisa lungkatarrnen samt möjligen de oregelbundna feberstegringarne tala härför; anmärkningsvärd är dock vätskans klara, serösa beskaffenhet. För en lokal process i peritoneum tala i det andra fallet ömheten å buken, smärtorna i densamma; huruvida blod verkligen funnits i urinen, synes mig vara tvifvel underkastadt, då vid inkomsten, endast få dagar efter dess uppträdande, densamma var fri från albumin; sannolikt har endast en mörkfärgning af urinen, möjligen på grund af koncentration under exsudationens uppträdande, uppfattats såsom blodfärgning.

Äfven följande fall är anmärkningsvärdt:

Exsudatio reg. pravesicalis Retzii? 30-årig m. Int. ²⁹/₉, utskr. fr. ⁴/₁₁. Pat. har aldrig lidit af digestionsrubningar eller förstoppning. För 5 år sjuknade han på samma sätt som nu med häftiga spänningar i nedre delen af buken; ingen ihållande värk, men lindrig ömhet, ingen feber. Efter några dagars behandling och stillaliggande var han återställd. ¹⁰/₉ började pat. ånyo känna knip och spänningar i nedre delen af buken jämte stor mattighet. Ömhet derstädes. Vid stillaliggande kände han ett besvärande tryck i bukens nedre del, dessutom märkte han, att denna efter några dagar började kännas hård. Matlusten blef dålig, ett par gånger kräkningar. Afföringen alltid regelbunden. Tätare trängningar till urinering, urin af normalt utseende; de första dagarne feber med svettningar. Vid *inkomsten* var den kraftigt bygde pat. något afmagrad, puls 120, jämn, temperatur omkring 38°—39°, urinen klar, ägghvitefri. Buken i nedre delen jämt och lindrigt frambugtad. Här en hård resistens, från mons pubis till något ofvanför midten af afståndet mellan naveln och symfyssen, åt sidorna gående bågformigt till fossæ iliacæ. Resistensen hård, ej fluktuerande. Ömhet öfver densamma samt äfven något i epigastrium och å bukens sidodelar samt lumbaltrakten. Perkussionstonen öfver resistensen starkt dämpad nedanför en linie mellan båda spine ilei sup. ant. samt å bukens sidor, åt h. börjande 14, åt v. 17 ctm. från naveln; dämpningen förändrades ej vid lägeändring. ⁴/₁₀ Resistensen hade ökats något; afföring regelbunden, per rectum intet abnormt i lilla bäckenet. ⁸/₁₀ Resistensen mjukare och mindre, temperatur afebril. ¹⁰/₁₀ Resistensen försvunnen.

I fallet fanns således ett akut exsudat i bukhålan, som dock var mycket begränsadt, i det detsamma endast intog bukens nedre främre och möjligen sidodelar, men ej uppträdde i lilla bäckenet eller den öfriga delen af buken. Af hvad art detta exsudat varit, och hvar dess utgångspunkt finnes, är naturligtvis svårt att afgöra. Möjligen torde vi i fallet hafva att göra med ett exsudat i cavum pravesicale Retzii, åtminstone förekomma dylika begränsade exsudat just här. Exsudatets form talar ej mot eit sådant antagande. Hvad anledningen till dess uppkomst varit, är fullkomligt oklart. Hvarken finnas några föregående symptom från blåsa eller tarmar, eller har ett trauma förekommit.

Ileus.

Volvulus intest. coeci c. gangræna + Peritonitis acuta diffusa. 44-årig m. Int. ²²/₁₁, död ²⁵/₁₁. Sedan flera år lindriga magsymptom, afföring alltid normal. ¹⁸/₁₁ plötsligen häftiga plågor i buken. Kräkningar. Inga ristande smärtor, men en känsla af som om nedre delen af buken dragits ihop. Dessutom ömhet å v. sidan af buken. Buken småningom i dess helhet uppdrifven. Kräkningarne fortforo, afföring mycket trög, senast ¹⁹/₁₁. Vid *inkomsten* pat. lindrigt kollaberad, hullet reduceradt, pulsen 60, sedan 100, mjuk. Urinen ägghvitefri, temperatur afebril. Ingen afföring. Buken något uppdrifven, mycket spänd. Tvärs öfver buken i jämnhöjd med naveln en lindrig indragning, inga tecken till ökad tarmperistaltik. Något större resistens i v. bukhalfvan, ömhet isht i trakten af flexura sigmoidea, ingenstädes någon tumör. Perkussionstonen öfver öfre delen tympanitisk, ngt dämpad nedanför naveln och åt sidorna. I rectum några hårda fäkalklumpar, eljest intet abnormt. Under behandling med stora lavemang afgingo ²³/₁₁ riklig mängd flatus, men ej fæces; pulsen intermitterande. ²⁴/₁₁ Trots all använd behandling ingen

afföring, men flatus. Fäkala kräkningar; remitterades till kirurgiska afdelningen för operation samma dag, vid hvilken redan vid bukens öppnande tarmgaser utströmmade; diffus peritonit; till v. om medellinien en brandig tarmslynga fastlödd vid bukväggen, som befanns vara coecum, hvilken, som det tycktes, hade trängt sig genom ett hål i mesenteriet under alla tunntarmarne. Den reponerades. Vid *sektionen* befanns coecum i hela dess utstäckning brandig, med mörjig, sönderfallande vägg. Öfversta delen af colon ascendens ej brandig. I mesenteriet intet hål; coecum försedd med ovanligt långt och fritt mesocoecum; vid sektionen dess läge normalt. Äfven mesocoecum brandigt. Diffus peritonit med fibrinös varig beläggning.

Fallet visar, hvilka öfverraskningar en ileus kan bjuda på. Efter 6 dagars sjukdom utan våldsamma symptom, utan högggradig nedsättning af allmänna tillståndet finner man en total gangrän med sönderfall af hela coecum och en diffus peritonit. Då fallet insändes till operation, var pat. visserligen nedsatt, men flatus hade hela tiden afgått, temperaturen var afebril, och bestämd indikation för operation fanns ej förr än samma dag, den skedde, då de fäkala kräkningarne tillstötte. Man vet ej, hvilket man mest skall förvånas öfver, den hastiga förstörelsen af ett så betydligt tarmparti eller de obetydliga symptomen. Dessutom visar fallet, huru svårt det kan vara, att under lifvet med bestämdhet ställa diagnos på lidandets art och utreda förhållandena, äfven vid operation. På grund af symptomen antogs, att en ej fullständig volvulus af flexura sigmoidea förelåg, i stället fanns en sådan af coecum, och vid operationen tedde denna sig, som om coecum genom ett hål i mesenteriet trängt in under tunntarmarne och inklämts. Närmare undersökning gjordes efter coecums utdragande naturligtvis icke, men sektionen visade, att en dylik öppning ej fanns i mesenteriet. I stället fanns ett ovanligt långt mesocoecum. Förloppet är sannolikt att tänka så, att tack vare detta coecum af obekant anledning, pat. hade särskildt ej haft något arbete i framåtlutad ställning, vridits öfver åt venster ett halft hvarf, hvarefter tunntarmarne lagt sig öfver den omvridna coecum. Dels till följd af vridningen af coecum dels genom de öfverliggande tunntarmarnes tryck å underliggande mesocoecum har en total afspärrning af blodtillflödet egt rum med följande brandigt sönderfall. En dylik vridning af coecum torde redan i och för sig höra till sällsyntheterna.

Lika anmärkningsvärdt på grund af de funna förändringarne, som ej på något sätt mosvarades af de under lifvet framträdande symptomen, är följande fall, som afled efter utskrifningen till kirurg. afdelningen för operation.

Cancer gelatinos. ventriculi et abdominis c. strictura colon. transv. et gangraena caeci et colon. ascend. + Volvulus flex. sigmoideae. 75-årig m. Int. $\frac{12}{4}$, utskr. $\frac{16}{4}$. Pat., som förut alltid varit frisk, sjönkade i Nov. 1891

med förstoppning, svåra koliksmärtor, uppstötningar, nästan dagliga kräkningar samt uppdrifning och ömhet af buken. Under behandling med laxermedel och lavemang tillfrisknade pat., och han har sedan varit fullt frisk med regelbunden afföring tills för 14 dagar sedan, då han åter började besvärast af förstoppning. Han hjälpte sig dock med laxermedel till $\frac{6}{4}$. Sedan dess har pat. dock trots använda medel ej haft någon ordentlig afföring, ej heller väder har afgått. Han har besvärats af ständiga kräkningar, ej fäkala. Vid *inkomsten* pat. vid täml. godt hull, puls 90, oregelbunden, mjuk, temperatur afebril. Smärtor och ömhet i coecalregionen. Buken var starkt spänd, särskildt frambugtande nedanför navelplanet, ingen ascites, mjelte af normal storlek. Perkussionstonen klart tympanitisk i v. bukhalfvan, några ctm. till höger om linea alba en 8 ctm. bred zon med något dämpad tympanitisk ton, sträckande sig från symfyssen snedt upp mot högra hypokondriet. Längre åt h. tonen åter klarare. Öfver coecum och colon ascendens tonen matt, och här kändes en resistens, för öfrigt endast gasfyllda tarmar. Absolut lefverdämpning saknades. $\frac{18}{4}$ kände pat. sig bättre, buken var mindre öm, oaktadt hvarken flatus eller öppningar afgått. $\frac{15}{1}$. Subjektiva befinnandet fortfarande bättre, inga kräkningar, ständigt singultus. $\frac{16}{4}$. Oupphörliga kräkningar af gallfärgadt slem, ej fäkala kräkningar. Remitteras till kirurg. afd. för operation. Vid operationen befanns en vid bukväggen fastväxt tarmslynga brandig så långt den kunde följas. Pat. afled $\frac{18}{4}$. *Sektion:* I buksåret låg en brandig tarmslynga med ytterligt skör vägg fastsydd vid bukbetäckningarna; den visade sig vara coecum, som i hela dess utsträckning liksom colon ascendens' nedre del var brandig med skör vägg. Tarmarne i närheten af buksåret hopplödda genom brandigt missfärgade adherenser. Tunntarmarne, särskildt ileum i närheten af coecum, utan anmärkning. Upp till voro ventrikeln, colon transversum och descendens sammanlödda genom en dem omgifvande svulstmassa, som helt och hållet omgaf colon transversum i dess venstra hälft och förträngde dess lumen, utan att dock hafva vuxit in i slemhinnan, till en lilfingertjock öppning; framför denna förträngning var colon transversum mycket dilaterad, men äfven bortom densamma var öfre delen af flexura sigmoidea dilaterad, den nedre åter sammanfallen och smal. Denna plötsliga förändring af tarmlumen berodde på, att öfre delen af flexura sigmoidea genom den omnämnda vidväxningen vid colon transversums venstra hälft var vriden ett halft hvarf åt höger, så att derigenom en fullständig förträngning af dess lumen inträffat. Den omnämnda svulstmassan var i snittytan gulhvit, fläckvis gelatinös, den infiltrerade hela mesenteriet till tumstjocklek i dettas öfre del och intog hela öfre delen af den bakom peritoneum belägna delen af bukhålan såsom en kompakt, hvit, svällig massa, i hvilken mesenterialkörtlarne ej längre kunde särskiljas. Äfven pankreas var infiltrerad på samma sätt. Pylorusdelen i ventrikeln var fri, deremot syntes i främre ventrikelväggen i närheten af cardia en ärrformig insnörning, hvarigenom ventrikeln antagit sandurform. Vid ventrikeln's upplöppning fanns motsvarande denna indragning ett stråligt ärr, kraterformigt fördjupadt i midten, med uppdrifna vallformiga kanter, som vid insnitt visade sig infiltrerade af vitgrå svulstmassa; infiltrationen sträckte sig genom ventrikeln's hela vägg, som för öfrigt ej visade några förändringar annat än en lindrig grumling af slemhinnan. Lefvern var normal, utan metastaser; här och hvar å tunntarmarne spridda knotttror, inga å peritoneum parietale. Mikroskopiskt visade sig tumören vara en cancer gelatinosum.

Ett fall ännu rikare på öfverraskningar än det nyss anförda. Ej blott en gangrän af coecum och delvis colon ascendens, utan derjämte ett dubbelt hinder, nämligen i venstra delen af colon

transversum en striktur, om också ej total, på grund af en cancernybildning, och samtidigt en volvulus af flex. sigmoidea. Och allt detta utan några egentliga kliniska symptom annat än dem, som tydde på en ileus. Särskildt förtjenar framhållas patientens väl bibehållna hull, trots cancernybildningens kolossala utbredning, och det jämförelsevis goda allmänna tillståndet, som ej kunde komma en att misstänka närvaron af vare sig nybildningar eller gangrän i coecum. Utgångspunkten för den kolloida cancern är väl på grund af den begränsade nybildningen i ventrikelväggen att söka der, då en sekundär ventrikelcancer af denna form ej torde vara sannolik.

Ett tredje ileusfall förlöpte lyckligt.

28-årig m. Int. $\frac{17}{9}$, utskr. fr. $\frac{26}{9}$. Pat. har under vinterns och vårens lopp varit sjuk på samma sätt som nu med uppdrifning af buken och häftiga smärtor, ehuru symptomen försvunnit efter någon dag. $\frac{14}{9}$ fick pat. ej afföring, buken började svälla och kännas öm, på aftonen kräkningar, som fortoro de följande dagarne och blefvo gallfärgade, men ej fäkalluktande. Kramp i vadorna, svåra smärtor i buken, utgående från naveltrakten. Ömheten och bukens uppdrifning tilltogo hastigt. Vid *intagningen* ömhet å den mycket uppdrifna buken, isht i trakten kring naveln och något till höger derom, hvarest en höggradigt utspänd tarmslynga kunde palperas. Ingenstädes någon tydlig resistens eller tydlig dämpning. Genom upprepade stora vattenlavemanger öppning.

Huruvida i fallet en enkel obstipation förelegat eller ett hinder funnits någonstädes i tarmen för passagen, de två möjligheter, som synas mig vara närmast att tänka på, är omöjligt att afgöra. För ett hinder i tarmlumen synas mig de upprepade, liknande anfällen tala, då patienten under mellantiderna ej led af någon förstoppning, men i anamnesen finnes ingen hållpunkt för, af hvad art detta skulle kunna vara.

Cirrhosis hepatis.

I ett fall fanns vid sektionen en samtidig peritonealtuberkulos (se sid. 59).

Ett annat fall afled samma dag, pat. intogs å sjukhuset.

Cirrhosis hepatis c. ictero. 41-årig m. Int. $\frac{18}{11}$, död samma dag. Höggradig potator. Pat. har i många år lidit af ventrikelsymptom, ofta haft näsblod, ibland mycket ymnig. $\frac{4}{11}$ började pat. lida af diarré med samtidig ikterus och ansvällning af buken och benen. $\frac{15}{11}$ häftiga frysningar, $\frac{18}{11}$ häftiga delirier. Vid *inkomsten* pat. soporös, stark ikterus, betydlig anasarka och ascites. Lefvern tycktes vara något förstorad, fast, mjelten förstorad. Hjertat arbetade oregelbundet, puls 130. Vid *sektionen* hjertat degenereradt, lefvern från sida till sida 28, högra loben framifrån bakåt 22, v. 20 ctm., tjocklek 10 ctm. Ytan höggradigt knottrig och ojämn, knottorna starkt gulhvita, snittytan visade en höggradig interstitiell bindväfsutveckling, parenkymet gulhvitt. Gallblåsan utspänd af mörk galla. Mjelten $14 \times 13 \times 6.5$ ctm.

Anmärkningsvärd var den höggradiga ikteriska färgningen. Dessutom hafva i ett ej obetydligt antal fall anträffats cirrhotiska förändringar af lefvern, utan att de dock under lifvet gifvit tydliga kliniska symptom.

Cholelithiasis.

I ett fall fanns på grund af en cholelithiasis en efter skedd genombrott af ductus choledochus uppkommen partiel årstraktur af denna med samtidig suppurativ cholecystit och cholangit samt en abscess i pankreas jämte interstitiel förändring af denna körtel med nästan total förstöring af körtelsubstansen. (Fallet publiceras utförligt framdeles).

I ett fall var diagnosen tvifvelaktig till en början:

Cholelithiasis + *Icterus*. 25-årig qv. Int. $\frac{15}{6}$, utskr. $\frac{7}{7}$, till kirurg. afd. Pat. har i flera år lidit af smärtor i nedre delen af bröstet och epigastrium, specielt då hon fått bära tyngre saker; aldrig kräkningar. Efter en lunginflammation förra året förvärrades smärtorna och började stråla ut mot ryggen. På sista tiden någon gång kräkningar och uppstötningar af surt vatten; ej blodkräkningar. För 14 dagar sedan vid arbete ett häftigt smärtanfall i maggropen, och dessa smärtanfall upprepades de följande dagarne; ej kräkningar, men värk specielt efter intagande af födan. Aldrig ikterus. Vid *inkomsten* anfall af häftiga smärtor jämte kräkningar. Matlust och afföring dåliga, temperatur afebril; epigastrium bugtade fram, buken öfverallt öm, mest i epigastrium. Ingen dämpning. Putrid bronchit. Mjelden ej förstörd. Efter våldsamma smärtor $\frac{23}{6}$ utbildades utbugtningen af epigastrium högst betydligt, och ömheten der blef mycket stark; ingen utspänd gallblåsa. $\frac{4}{7}$ tillstötte stark ikterus jämte upprepade frysningar, temperaturen steg till öfver 40° , hvarför pat. i och för profincision remitterades till kirurg. afdelningen. Vid operationen befunnos lefvern och magen normala, inga stenar kunde palperas i gallblåsan. Sedan pat. efter sårets läkning återremitterats till medic. afdelningen, upptäcktes upprepade gånger i afföringen ärtstora kolestearinstenar.

Diagnosen var till en början tvifvelaktig, såsom ofvan nämdes. Misstanken på en cholelithiasis låg visserligen nära till hands, men möjligheten af ett *ulcus ventriculi* med perforation, som gifvit anledning tiil den ikteriska färgningen, ansågo vi oss ej kunna utesluta, då aldrig ikterus funnits trots upprepade smärtattacker, då vidare pat. länge lidit af ventrikelsymptom och en häftig feber tillstötte samtidigt med ikterus samt slutl. utbugtningen af epigastrium jämte smärtömheten var mest utpräglad der, men ej öfver gallblåsetrakten, der ingen utspänd blåsa kunde palperas. Profincisionen och förloppet visade emellertid, att vi hade att göra med en gallstenskolik; omöjligt är ej, att gallstenarne, som alla voro små kolestearinstenar, bildats i själfva lefvern, då i gallblåsan trots noggrann undersökning inga stenar kunde palperas.

Choleangitis suppurativa.

Utom förutnämnda fall har i ett annat en suppurativ inflammation af gallgångarne anträffats. I detta fanns en på syfilitisk basis uppträdande svål i porta hepatis, som totalt förträngt ductus cysticus och till största delen ductus hepaticus.

Nephritis

Af nephritis hafva 10 patienter aflidit. Af dessa var 1 en akut nefrit, de öfriga parenkymatösa med sekundär induration eller primära interstitiela. Urämi utbildades i 5 fall, i 3 fanns såsom komplikation en perikardit, i 1 en endokardit.

I två fall af interstitiel nefrit uppkommo under det urämiska stadiet ihållande blödningar från näsa och tandkött, som det trots all använd behandling ej lyckades att hejda. Fallen anföras i korthet, då de dessutom erbjuda andra komplikationer.

Nephritis chron. interst. + Uræmia + Epistaxis et Hæmorrhagia gingivalis + Hæmorrhagia mening. cerebri. 34-årig qv. Int. $\frac{25}{5}$, död $\frac{22}{7}$. Epistaxis, typisk interst. nefrit med hypertrofi af hjertat. $\frac{8}{7}$. Blödning ur öra och tandkött, $\frac{10}{7}$ urämiska krampanfall, blodblandade kräkningar, blödningen fortfor ur tandköttet. Vid *sektionen* skrumpnjurar, bronchopneumoni, öfver v. frontalloben mellan pia och dura ett mm.-tjockt blodkoagulum.

Krampanfallen hafva sannolikt varit ett uttryck för den meningeala blödningen och blodkräkningarne en följd af nedsväljd blod.

Nephrit. chron. interst. + Hydronephros. sin. + Pericarditis. 14-årig flicka. Int. $\frac{23}{33}$, död $\frac{9}{4}$. Typisk interstitiel nefrit med hjerthypertrofi, retinitis albuminurica och allmän purpura. $\frac{5}{4}$ epistaxis, perikardit. Vid *sektionen* befanns hela v. njuren bildad af det kolossalt dilaterade njurbäckenet, omgifvet af en endast några mm. tjock kapsel af njursubstans, öfvervägande bestående af barksubstans. Orsak till hydronefrosen ej upptäckbar.

Nephritis parench. chron. c. indurat. secund. + Pericarditis + Bronchopneumonia + Hæmorrhagiæ pleurales. 25-årig m. Int. $\frac{24}{1}$, död $\frac{11}{9}$. Symptom sedan 2 år. Vid *inkomst* pat. ytterligt blek, ihållande blödning från tandköttet, blödning i conjunctiva. Blodet tunnt, vattenaktigt, röda blodkroppar 1,880,000, hämoglobinhalt 40, stark förökning af de hvita blodkropparne, omkr. 60—150 i hvarje synfält. Mjelte ej förstörad. Ingen ömhet af bendelar eller svullna körtlar. Urämi med oupphörlig ostillbar blödning från tandköttet ända till döden. Vid *sektionen* befanns mjelten liten, $9 \times 6 \times 2$ etm., fast, folliklar mycket tydliga. Benmargen i sternum normal, inga förändrade lymfkörtlar.

Anmärkningsvärd är särskildt den höggradiga blodförändringen, som påminde om den vid leukämi funna, ehuru *sektionen* visade, att några för denna karakteristiska förändringar ej funnos; den måste därför sättas i samband med nefriten.

I samband med nefriterna torde förtjena omnämnas ett fall, i hvilket trots frånvaro af albumin konstant riklig mängd cylindrar kunde påvisas.

Cylindruria + Emphysema pulm. + Bronchitis chron. + Degen cordis.
51-årig m. Int. $\frac{15}{8}$, utskr. fbd $\frac{23}{9}$. Hvarken i anamnesen eller eljest några symptom af nefrit. Objektivt tydlig hjertdegeneration med dilatation af hjertat till 1 ctm. till höger om h. sternalkanten och spetsstöten i mammillarlinien; pulsen något intermitterent. Vid undersökning af urinen (morgonurin) befanns denna vara fri från albumin, sp. v. 1,020. Sedimentet innehöll ej blodkroppar, men deremot riklig mängd korniga cylindrar, dels kortare raka dels långa, mer eller mindre båg böjda; dessutom sparsamt hyalina cylindrar. Efter några dagar var cylindrarnes antal minskadt, men ständigt funnos dock ända till utskrifningen, och oakadt symptomen från hjertat och lungorna förbättrats, ett ej obetydligt antal cylindrar i urinen.

Hvarpå denna rikliga mängd af ej blott hyalina, utan öfvervägande korniga cylindrar beror, är ej lätt att afgöra. Säkert fanns aldrig albumin i urinen som tecken till en nefrit, och det återstår endast att sätta deras uppträdande i samband med hjertdegenerationen. Sparsam mängd cylindrar kan man ju med centrifugens tillhjälp ej sällan påvisa i för öfrigt normal urin, men ett så rikligt uppträdande är säkerligen ovanligt.

Albuminuria cyclica.

Denna form af albuminuri kunde påvisas hos 2:ne för öfrigt friska män om 19 resp. 21 år, som insändts på grund af äggvitan i urinen. Det skulle blifva för långt att här i detalj redogöra för de undersökningar, som anställdes hos dessa i fråga om albuminets framträdande. Här må endast framhållas, att hvilat tycktes utöfva en bestämd inverkan på äggvitans framträdande i så måtto, att den var nästan försvunnen, då pat. lågo till sängs, men framträdde vid minsta kroppsrörelse. Någon bestämd regelbundenhet i dess framträdande under olika tider af dygnet kunde vi icke konstatera. Ej heller cylindrar i sedimentet.

Morbus Addisoni.

40-årig qv. Int. $\frac{23}{67}$, död $\frac{21}{7}$. Pat. har i allmänhet varit frisk fastän ej stark. I April började hon utan anledning känna sig klenare. Under en badresa till Varberg blef hon ändå sämre; hon led dels af kraftlöshet, dels af ihållande kräkningar och bristande matlust. Kräkningarna fortforo sedan alltjämt, och hjertverksamheten blef mycket nedsatt. Ingen brunfärgning af hyn. Vid *inkomsten* var pat., en svagt bygd kvinna, mycket afmagrad. Färgen å ansigtet och händernas dorsalsida samt armbågarne var blekt brunaktig, dock uppgaf hennes läkare, att, så långt han minnes tillbaka, den varit sådan, och att något tilltagande i intensitet ej egt rum. Puls mycket svag, 100—120, regelbunden. Synliga slemhinnor bleka, ej brunfärgade. Ej hufvudvärk, men yrsel. Intelligens fullt orubbad. Qväljningar efter maten, endast sällan kräk-

ningar. Objektivt intet abnormt från inre organ. Hjärtimpuls dock ej synbar, hjerttoner knappt hörbara, men rena. Blodet höll 2,000,000 röda blodkroppar, de hvita ej förökade. De röda blodkropparne tycktes hafva mindre benägenhet än normalt för myntrullebildning, dessutom funnos en hel del mikrocyter och åtskilliga makrocyter med kärnor. Bensystem ömt. Trots behandling med Fe och As aftogo krafterna alltjämt, hudens mörkfärgning ökades emellertid ej; de sista dagarne, då intelligensen var något ömtöcknad, tycktes en tydlig ömhet af tibia förefinnas vid perkussion, deremot ej af sternum. Aldrig blödnigar. *Sektion:* Hjärtat atrofiskt, 8,5 x 8 ctm., aortas omkrets 6 ctm., h. kammarens muskulatur 1--2, v. 8 mm., ej tydlig degeneration. Mjelte, lever, njurar normala. Binjurarne lågo som halfmånformiga bildningar längs öfre kanten af njurarne. Den v. binjuren mätte 6 ctm. i längd, 3,5 i bredd, den högra resp. 6,5 och 3 ctm.; de kändes fasta och ojämna, ytan var fläckvis gulaktig; vid insnitt befunnos de genomsatta af gulaktiga härdar, som voro tämligen väl begränsade och skilda från hvarandra genom mellanliggande, makroskopiskt gråaktig väfnad, som var fast utan knotttror. De retroperitoneala körtlarne voro lindrigt svällda, i deras inre funnos ostiga begränsade härdar, Plexus coeliacus makroskopiskt normal. Benmärgen i sternum fast, rödaktig, utan anmärkning, benmärgen i tibia gul, mörjig, nästan gräddlikt uppmjukad. Öfriga organ normala.

Ett fall af Morbus Addisoni, i hvilket en utpräglad brunfärgning saknades; vid sektionen funnos tuberkulösa förändringar af binjurarne, medan själfva plexus makroskopiskt ej var förändradt hvad beträffar semilunargangliernas form och storlek. Synnerligen anmärkningsvärdt var benmärgens förhållande i tibia; om här förändringen är själfständig eller står i samband med den af processen i binjurarne framkallade sjukdomen, är naturligtvis svårt att afgöra, dock finnas liknande förändringar af benmärgen vid denna sjukdom ej omnämnda, så vidt jag i litteraturen kunnat finna. Äfven blodförändringen förtjenar framhållas.

Rheumatismus articul acutus.

Af de härför vårdade insjuknade det största antalet under årets 4 första månader samt i September med resp. 8, 8, 11, 10 och 9 fall, medan i December intet fall förekom och i de öfriga endast spridda fall uppträdde. Af dessa inleddes i 3 fall sjukdomen genom en angina tonsillaris, och af de insjuknade hade 40 förut lidit af akut ledgångsreumatism. Af komplikationer fanns ett utbildadt organiskt hjertfel i 15 fall, en endokardit i 8 fall, erythema nodosum i 2 fall.

Anmärkningsvärdt var följande fall:

27-årig qv. Int. $\frac{6}{8}$, utskr. fr. $\frac{11}{10}$. Som barn variolæ, derjämte flera somrar svåra frysningar, återkommande 2 ggr i veckan. Ofta haft hufvudvärk. Akut reumatism i slutet af Juli. Vid *inkomsten* lindrig feber, värk och svullnad af leder. Objektivt från inre organ intet. $\frac{10}{8}$ feberfri; värken och svullnaden borta. $\frac{15}{8}$ och $\frac{16}{8}$ temp. $40^{\circ},2$ efter föregående frysning, de följande dagarne omkr. 38° , $\frac{22}{8}$ 41° utan värk i lederna, derefter ånyo 38° , $\frac{27}{8}$ feberfri,

$\frac{8}{9}$ ånyo efter frysning $40^{\circ},3$ utan ledgångsförändring, $\frac{10}{9}$ feberfri, $\frac{11}{9}$, $40^{\circ},4$, $\frac{12}{9}$, $39^{\circ},2$. I daganteckning för sistnämnda dag anmärktes, att sedan 2 dagar öfverallt å kroppen uppträd ett utslag, teende sig till en början dels såsom en hudblödning, å hvilken dock snart utbildades en svart pustel, omgifven af en röd ring, dels såsom en röd fläck, som småningom vidgades. Detta utslag åtföljdes af värk och ömhet och var mest utbildadt å extremiteterna, minst å bålen. I centrum utbildades sedan småningom en blåsa med i början klart, sedan varigt innehåll. Läkning utan ärr, och pat. sedan feberfri till $\frac{18}{9}$, då ny feber till $39^{\circ},3$ och samtidigt å h. underarmen och v. underbenet och foten ett herpesliknade utslag med cirkelrund anordning af blåsorna.

Egendomliga äro i fallet både de omotiverade feberstegrin-garne och de egendomliga huderuptionerna. Sannolikt torde de vara uttryck för en allmän infektion af ena eller andra slaget, af hvad art kunde dock ej bestämmas.

Noma.

Fallet är utförligt beskrifvet sid. 26.

Cancer ventriculi.

7 fall döda: 4 män om resp. 39, 41, 44 och 51 år samt 3 kvinnor om resp. 44, 47 och 60 år. Ett af fallen var en cardia-cancer, som afled efter att några dagar hafva legat i djup koma, i ett fall intog canceren mellersta delen af bakre ventrikelväggen, i de öfriga pylorusdelen jämte större eller mindre del af ventri-keln. Metastaser funnos i ett fall i hela peritoneum, i ett i lef-vern jämte amyloida förändringar af de inre organen, i ett i pankreas och de retroperitoneala lymfkörtlarna.

Dessutom torde i följande fall sektionfyndet förtjena anföras utförligare:

Cancer ventriculi et pancreatis et hepatitis et gland. mesent. et peritonei + Bronchiectasia pulm. d. lobi inf. 41-årig m. Int. $\frac{23}{41}$ död $\frac{10}{5}$. Vårdades å sjukhuset 1889 för gangräna pulm., från hvilken han tillfrisknade. Ej ikterus. *Sektion:* Dilatation af broncherna i h. lungans nedre lob ända ut i de finaste grenarne, inga kaverner eller ärrbildningar. Lefvern genom-satt af ända till barnhufvudstora concertumörer med saftrik snittyta; lefver-substansen nästan försvunnen. Gallblåsan fylld af mätlig mängd gulbrun galla. Ventrikeln ej dilaterad; nära pylorus i en utsträckning af 2 ctm. en rundad gulaktig infiltration å främre ventrikelväggen, som lennat serosan fri och ej hade direkt samband med öfriga tumörer, ej heller var ulcererad. Pankreas och de retroperitoneala körtlarna i deras helhet intagna af samma cancermassa som i lefvern, pankreas utan makroskopiskt oförändrad körtelsubstans. Talrik mängd knottor i lilla bäckenet och å blåsans baksida. För öfrigt peritoneum fritt liksom omentet.

Anmärkningsvärda äro i fallet de kolossala metastaserna i lefver, pankreas, de retroperitoneala körtlarna samt de sparsam-mare i lilla bäckenet, om man jämför dem med den lilla, ej ulce-

rerade härden i pylorusdelen. Ty denna senare torde väl få betraktas vara den primära härden, emedan den var fullt skild från öfriga svulster. Äfven frånvaron af ikterus och närvaron af galla i gallblåsan, oaktadt så godt som hela lefversubstansen var förstörd, förtjenar framhållas.

Cancer ventriculi et pancreatis et hepatis et gland. mesent. + Syncchia pericardii + Hydrothorax + Ascites. 60-årig qv. Int. $\frac{10}{8}$, död $\frac{25}{8}$. Afmagring, smärta, kräkningar, anasarka, blodkräkning dagarne före inkomsten, senast $\frac{9}{8}$. Objektivt ascites; tumör palperbar först $\frac{20}{8}$ i epigastrium, inga kräkningar förr än $\frac{24}{8}$, då en kopiös blodkräkning, som ej upprepades, och koma. *Sektion:* I lefvern små gula tumörer i dess ytligaste del. Ventrikeln liten, mätte från fundus till cardia 15 ctm., den kändes i dess helhet styf och och hård och var fast förenad vid pankreas och bakomliggande körtlar. Hela ventrikelväggen jämt förtjockad; mukosa och submukosa mätte 4—5 mm., muscularis 5 mm. och serosan omkring 1 mm. i tjocklek, snittytan saftfattig. I ventrikeln ett stort blodkoagulum, i närheten af curvatura minor å främre väggen en fördjupning i slemhinnan med ett svart centrum om 1—2 mm:s diameter, som ej kunde aflägnas, utan utgjordes af en tromb, som satt i ett litet ulcereradt kärl, i hvilket en fin sond kunde föras upp ända till curvatura minor; proppen satt endast i själfva ulcerationsöppningen och sträckte sig ej högre upp i kärlet. Pankreas' körtelsubstans till en stor del förstörd af cancerrmassa, mesenterialkörtlarne betydligt svålda.

Anmärkningsvärda äro den totala infiltrationen af hela ventrikelväggen och ulcerationen af ett litet arterielt kärl; symptomen under lifvet läto ej förmoda en så kolossal förstöring af hela ventrikeln.

I ett tredje fall fanns jämte en begränsad pyloruscancer en tuberkulös affär i lungorna. Ventrikeln var i detta fall kolossalt dilaterad ända ned till symfyssen.

Cancer duodeni et recti.

Fallet är utförligt beskrifvet sid. 18. Äfven i detta fall fanns en kronisk pneumoni i begge lungspetsarne.

Cancer hepatis.

61-årig m. Int. $\frac{4}{11}$, död $\frac{22}{11}$. Intet hereditärt. Alkoholmissbruk. I allmänhet frisk. För 1 vecka sedan under fullkomligt välbefinnande plötsl. v. armen kraftlös, sensoriet klart, ingen snedhet af ansigtet. Paresen af armen hade sedan alltjämt stegrats. Ett par dagar senare värk i magen, och straxt derefter började buken svälla mycket hastigt; ett lindrigt ödem uppstod kring fotknölarne. Vid *intagandet* andnöd, betydl. mängd ascites, 11 liter urtappades $\frac{7}{11}$ af en stark opaliserande, gulgrön vätska om 1,013 sp. v., och en albuminhalt af 0,667. Noggrannare undersökning $\frac{9}{11}$. Andnöd mindre, inga smärtor, matlust dålig, feces normala, urinen höll gallfärgämne, men ej albumin, ingen ikterisk hudfärgning, men ansigtet mycket gulblekt, scleræ dock lindrigt gulaktiga, ej kakektiskt utseende. Ödem å bröstet, hydrothorax, vid auskultation katarrala rassel, hjertdämpning försvunnen. Venerna å buken ngt utspända, intet caput medusæ, lefverdämpning ej förstörd. I bukväggen

i mittellinien från 4 ctm. nedom nafveln palperades en tumör af ett par ctm. bredd ända upp till midt mellan nafveln och sterni ända, tydligt skild från den palpabla hårda, något förtjockade leverkanten och ej förskjutbar med respirationen. Mjeltlen till v. mammillarlinien. V. armen paretisk, alla rörelser kunde utföras, men voro mycket svaga och skedde endast med ansträngning. Äfven öfverarmens muskler funktionerade, dock voro särskildt pectoralis och deltoideus mycket svaga. Sensibilitet normal. Ständiga kloniska ryckningar i högra armens flexor radialis, tenar och hypotenar. Pat. blef allt släare, hvarför noggrannare undersökning af armens muskler ej kunde ske. Tydlig ikterus till slut. *Sektion:* Täml. riklig panniculus adiposus. I bukväggen, belägen till hälften ofvanför nafveln, motsvarande den under lifvet kända tumören, en mellan peritoneum parietale och musc. recti belägen fast tumörmassa af spolförm, mätande i längd 19 ctm., i bredd å midten $\frac{7}{8}$ och i tjocklek 3—4 ctm. Dess yta var åt peritonealhålan till öfverdragen af glatt, blårodt peritoneum, var här ojämt lobarad. Den var makroskopiskt väl begränsad. Vid insnitt funnos i den gulaktiga, hämorrhagiska, mjuka partier, omväxlande med fasta, gulaktiga, saftfattiga delar, omgifna af en något svålig bindväf. Degeneration af hjertmuskulaturen, arterioskleros, infarkt i h. lungans nedre lob från ej upptäckbar källa. Mjeltlen $24 \times 12 \times 8$ ctm., snittytan slät, fast, mörkröd, njurar normala. Lever stor, från sida till sida 34, h. loben frami-från bakåt 25, v. 23 ctm., h. lobens tjocklek 15, v. 7 ctm. Dess yta i högsta grad knottig och ojämt lobarad med dels fasta, hvitgula, dels mera mjuka, blåroda tumörer. Vid insnitt snittytan lifligt gul med tydlig cirrhos och dessutom en mångfald af än mjuka tumörer med rödgul, i centrum sönderflytande snittyta, än fastare, väl begränsade, med torrt, ostigt innehåll, än slutl. mera diffusa tumörfiltrationer med omväxlande grågul bindväf och mörjigt, ostigt innehåll. I gallblåsan mörk, grågrön galla. Pankreas stor, fast, i densamma mellan sparsamt bibehållen körtelväfnad talrika breda stråk af halfgenomskinlig, gulaktig bindväf. Ingen tumörmassa i densamma, ductus ej utvidgad. Ventrikel och retroperitoneala körtlar normala. I hjernan måttlig mängd ödem under pian, hjernytan visade intet anmärkningsvärdt, särskildt trakten öfver centralgyri makroskopiskt fullt normal. I centrum semiovale dextrum, ungefär 1 ctm. under hjernytan, 2 små gulaktiga, mjuka härdar af några mm:s diam., motsvarande midten af centralvindlarna; för öfrigt intet att anmärka. Mikroskopiskt visade sig buktumören och leveraffären vara en cancer jämte betydlig levercirrhos. Pankreas visade endast höggradig interstitiel bindväfsutveckling, men ej någon nybildning.

Diagnosen ställes under lifvet på en cirrhosis hepatis jämte med sannolikhet en lesion af centrum semiovale dext. såsom anledning till armparesen, af skäl, som det här skulle blifva för långt att redogöra för. Buktumörens beskaffenhet måste lemnas oafgjord, men misstanken, att densamma var af malign natur, framhölls vid fallets demonstration liksom möjligheten, att hjernaffären kunde ega något sammanhang med densamma. Sektionen visade riktigheten af diagnosen, nämligen en cirrhosis hepatis, två små härdar i centrum semiovale, motsvarande armbanornas förlopp, samt buktumörens maligna beskaffenhet. Men dessutom befanns hela levern genomsatt af talrika concertumörer.

Fallet är säkerligen ovanligt. Redan uppträdandet af en cancer i en höggradigt cirrhotisk lever torde ej vara vanligt

men ännu ovanligare torde uppträdandet af en så betydlig tumörbildning i själfva bukväggen vara. Hvar här den primära härden är belägen, är svårt att afgöra. Lefvertumörernas form och antal visar tydligen, att de äro sekundära, och ingenstädes finnes hvarken i ventrikeln, mesenterialkörtlarne eller för öfrigt å de ställen, der cancer oftast uppträder primärt, någon härd, som kan hafva gifvit anledning till metastasbildningen. Det återstår därför endast att tänka på möjligheten, att tumören i buk- betäckningarne är den primära härden, isynnerhet som densamma var den enda större sammanhängande tumör, som kunde upptäckas. Fallet vore i ty fall säkerligen ytterst sällsynt, och för min del tvekar jag att tolka det sålunda. Ett förut anfördt fall visar ju, att från en liten obetydlig härd kolossala metastaser kunna uppstå, och möjligheten af, att en dylik funnits någonstädes, kan ju finnas, äfven om vi vid den noggranna undersökning, vi företogo, ej kunde upptäcka densamma. Härdarne å hjernan äro med stor sannolikhet metastaser; den mikroskopiska undersökningen är emellertid ännu icke utförd.

Hur som helst är fallet anmärkningsvärdt på grund af de kliniska symptomens obetydlighet. Ty pat. uppger bestämdt, och någon anledning att betvifla denna uppgift finnes icke, då han vid inkomsten ej var i högre grad omtöcknad, att hans armpares, den på sekundära förändringar beroende, uppstod under fullkomligt välbefinnande. Han hade ej haft några smärtor; afmagringen var ej höggradig, ej ens vid dödstillfället.

Cancer renalis.

Cancer renis dext. et caps. suprarenal. dext. et hepatitis + Pneumonia dext. + Ascites. 40-årig m. Int. $^{17}/_{11}$, död $^{12}/_{12}$. Alltid frisk med undant. af då och då påkommande reumatisk värk i ryggen. Intet hereditärt. Sedan 5 veckor ristande värk i levertrakten, dock endast å bukens framsida vid högra bröstorgsranden, derifrån den strålat utåt ryggen och uppåt skuldran. En och annan dag har den alldeles försvunnit; har förvärrats genom djup andning eller hosta samt sidoläge. Sedan $^{24}/_{11}$ smärtorna mycket intensivare. Lindrig ömhet för tryck längs högra bröstorgsranden. $^{15}/_{11}$ kräkning, dock ej blodig. Aldrig ikterus, afföring alltid regelbunden. Urinen har på sista tiden tidtals varit ovanligt mörk, men eljest normal. Pat. har magrat rätt betydligt samt svettats rätt betydligt. Vid *inkomsten* kraftigt bygd, något afmagrad, puls jämn, feber om 38—39°. Aptit och afföring normala, sömn dålig, i urinen spår af ägghvita. Ständiga smärtor i levertrakten, isht vid hosta. Buken ej uppdrifven eller spänd. I högra mammillarlinien en lindrig utbugtning af högra bröstorgshalfvan, omfattande 7:de, 8:de och 9:de refbenen, som enligt pat:s uppgift uppstått småningom under sjukdomens förlopp. Ömhet för tryck i epigastrium samt betydlig sådan öfver nedre delen af bröstorgsen och nedåt mot crista ilei i högra mammillarlinien samt dessutom längs kanten af h. musc. extensor dorsi. En resistens kändes i öfre delen af buken, motsvarande levertrakten, sträckande sig å h. sida till jämhöjd med naveln;

dess undre kant gick snedt upp mot venster; den kändes hård och jämn, och kanten var skarp. Ingen palpabel gallblåsa. Dämpad ton öfver resistensen. Ingen ascites, ingen mjeltförstoring. Öfver lefvertrakten hördes sparsamma gnidningsljud. Lungor och hjerta normala. ^{23/11}. Djup profpunktion in i lefvern med negativt resultat. ^{28/11}. Ömheten minskad, buken mycket spänd. Tumören kändes särdeles hård och oeftergiftig. ^{29/11}. Tydligt ödem af huden å h. sida omkring crista ilei. 3 djupa profpunktioner i 8 och 9:de interstitiet i sidorna samt baktill i 11:te interstitiet med negativt resultat. ^{2/12}. Tumören kändes betydligt förstord, kunde palperas ända ned mot högra fossa iliaca. Midt å denna fanns en grund, tvärgående fära något ofvanför nafvelplanet, och nedanför denna kändes tumören synnerligt hård och oeftergiftig; ofvanför kändes resistensen mjukare och slutade nedåt, som det tycktes, vid lefverkanten. Den hårda nedre tumören var bred, låg längre från bukväggen än den öfre tumören och kändes endast tydligt vid stötpalpation; tonen öfver den dämpad tympanitisk, medan den å den öfre tumören var matt. Ödem i hela h. sidan ända till jämbhöjd med mammillarplanet. ^{12/12}. Marasmen hade tilltagit betydligt. Pat. lindrigt oredig. Tumören hade ytterligare vuxit, v. lefverloben kändes under de sista dagarne mera fast och tydligt ojämn. Hela tiden spår alb. och lindrig feber. *Sektion*: Ej ikterisk hudfärgning, hydropericardium, hjertat normalt. I högra lungans mellersta och nedersta lob kring incisuren en lufttom infiltration med homogen, brunröd, glatt snittyta. Mjelden $15 \times 10 \times 5$ ctm. V. njuren $13 \times 7 \times 4$ ctm., normal å ytan, vid insnitt i mårgen, framförallt i papillerna, gulaktiga, skarpt begränsade tumörer med gulaktig, torr snittyta. Tumörerna i papillerna sprungo fram i njurbäckenet som ärtstora, gula exkrescenser, i centrum ostigt sönderfallna, här och der rent af kommunicerande med njurbäckenet. Högra njuren och lefvern sammanvuxna genom täml. lätt lossnande adherenser, likaså lefvern med diafragma. H. njuren 16×5 ctm., bredd upptill 6, nedtill 4 ctm., h. binjuren 6,5 ctm. bred, 10 lång och 2 tjock. I öfre delen kapseln jämte binjuren fastsittande vid njuren, och väfnaden här mycket fast för känseln. Vid insnitt i binjuren tedde den sig såsom en enda fast, svålig väfnad med talrika gul- och rödfärgade strimmor utan tecken till normal struktur. Vid insnitt i njuren befanns dess öfre hälft vara förstord, dess nedre af normal struktur. Öfre $\frac{1}{3}$ af det förstorda partiet ersattes af en hvitgul, svålig, fast väfnad, medan de nedre $\frac{2}{3}$ intogos af en i sönderfall stadd tumörmassa med omvexlande fastare, gulgråa strängar och hålrum, fyllda dels af en mörjig, nekrotisk njurväfnad dels af varliknande massa, dock utan svafvelgula korn. Hålrummen kommunicerade med hvarandra och sträckte sig ända in till njurbäckenet utan att dock kommunicera med detta. Lefvern högradigt förstord, från sida till sida 32, h. loben framifrån bakåt 28, v. 20, tjocklek 12 ctm., fast; å ytan höjde sig spridda små nybildningar med nafladt centrum. Vid insnitt motsvarades dessa af gulaktiga, väl begränsade, små tumörer. Lefversnittytan otydligt tecknad med omvexlande gula och röda partier, liksom fläckvis i dess helhet infiltrerad af diffust begränsad tumörmassa. I h. lobens bakre del ett valnötstort, broskhårdt parti af svålig bindväf. Retroperitoneala körtlarne svålda, blåsan normal, ventrikeln normal. Mikroskopiskt visade sig tumören vara ett carcinom.

Att här förelåg en malign tumörbildning i h. njuren och lefvern var tydligt; dess primära utgångspunkt visade sektionen vara i h. njuren. Anmärkningsvärdt är det egendomligt begränsade ödemet i h. sidan.

Cancer ovarii.

Cancer ovarii + Cancer peritonei, omenti et ventriculi + Thrombosis cerebri + Arteriosclerosis c. dilatatio aneurysmatica aortae ascendens + Abscessus pulm. dextri + Nephrolithiasis. 74-årig qv. Int. ²²/₃, död ²¹/₄. För 6 veckor håll i h. sida utan hosta, småningom tilltagande. Känsla af hetta och törst. Matlust sämre. Ungefär samtidigt smärta i blåstrakten och tätare trängningar till urinerung. För 3 veckor häftig kräkning af kaffesump-liknande utseende; förut inga symptom från ventrikeln. Vid *inkomsten* var pat. kakektisk, temp. normal, symptomen desamma som förut. Stark ömhet i blåstrakten, som dock ej var särskildt utbugad, buken för öfrigt ej spänd eller öm, ingen ascites. Urinen albuminhaltig, alkalisk. Lefver, mjelte och ventrikel visade intet abnormt. Å h. lungans baksida dämpning, försvagad pektoralfremitus och respiration. Hjerttoner svaga, men rena. ⁴/₄. Bättre, men betydligt ödem af benen. ⁶/₄. Straxt ofvan nafveln till höger kunde en väl begränsad tumör palperas af ett hönsäggs storlek, ömmande för tryck, ej förskjutbar vid respirationen. Tillståndet försämrades småningom betydligt, tumören tillväxte dock ej i någon nämnvärd grad. ²⁰/₄. Venstersidig förslamning af ansigte och arm, koma. *Sektion:* Ödem under pia, särskildt å h. sida. Vid palpation trakten öfver centralvindlarne och parietallobens nedre och bakre delar mjukare än å v. sida, makroskopiskt färgen lika. Arterioskleros af kärlen å hjernbasen, i h. art. fossæ Sylvii en löst sifftande trombmassa. Vid insnitt de för känseln mjukare delarne möjligen något gulare än de å v. sida. Ingen blödning eller blodig missfärgning. Hjertat litet, 8 ctm. bredt, 6 långt, tedde sig som ett bihang till den kolossalt utvidgade aorta och pulmonalis, hvilkas omkrets var resp. 12 och 8 ctm. Valvler och mynningar friska, myocarditis fibrosa, auriklar fria. I aorta kalkskållor ända till halskårlens afgang, der omkretsen blef normal. H. öfre lungloben höll en äpplestor, varfylld håla jämte sköra, gråaktiga lungslamsor, delvis fasthängande vid den ej skarpt afsatta väggen. Hålan för öfrigt omgifven af luftförande väfnad utom i öfre och bakre delarne, der en fast, gråaktig infiltration, lobulärt anordnad, fanns. Mjelte normal, i v. njurbäckenet en apelsinkärneliknande sten, h. njuren lindrigt hydronefrotisk. I blåsan en förtjockad slemhinna med talrika blödningar, men utan ulcerationer eller stenar. Peritoneum parietale, tarmar och mesenteriet öfversållade af större och mindre gråhvita, fasta knottor, som äfven infiltrerat omentet, som endast var 1 ctm. bredt. Dessutom fanns en betydlig infiltration af lig. gastro-colicum, motsvarande den under lifvet kända tumören, och vid uppklippning af ventrikeln tycktes denna infiltration endast hafva intresserat serosan och muscularis, medan mukosan var fri och rörlig och ej ulcererad, ehuru lindrigt grumlig och möjligen något förtjockad. Pylorus var fri, och den nämnda infiltrationen vidtog först 5 ctm. från pylorus och sträckte sig till ung. ventrikeln midt. H. ovariet normalt, v. parametriet upptogs af en svällande massa, i hvilken hvarken ovariet eller ytre delen af tuban kunde särskiljas, medan uterus var normal. Svalstbildningen sträckte sig ända intill uterus utan att dock gripa öfver på densamma. Rectum normal. Mikroskopiskt visade sig den nämnda tumören i v. parametriet vara en bindväfsrik cancer, och vid genomsnitt af ventrikelväggen befanns cancerinfiltrationen hafva lemnat mukosan oberörd och endast hafva intagit väggens yttre delar.

Den brokiga bild af patol. förändringar, som fanns i fallet, har förmått mig att anföra detsamma utförligare. Dessa förändringar motsvaras delvis icke af symptomen under lifvet, särskildt var fyndet af en ovarialcancer och en disseminerad perito-

nealcancer ej väntad. Diagnosen hade ställts på en cancer ventriculi + cystitis. En cancer ventriculi fanns äfven, dock är jag benägen att anse densamma endast vara sekundär, i det en cancernybildning i lig. gastro-colicum gripit öfver på ventrikelväggen. Den primära härden torde i fallet vara att söka i en ovarialcancer. Den makroskopiska och mikroskopiska bilden af nybildningen i ventrikelväggen talar härför. Hvarifrån de kaffesumppliknande kräkningarne kommit, visade ej sektionen, då trots den noggrannaste undersökning ingen ulceration af slemhinnan kunde upptäckas. Kräkningen förekom endast en gång i hemmet, uppgiften om dennas utseende är patientens och kanske därför ej att fästa allt för stort afseende vid.

Sarcoma pulmonum.

Fallet är utförligt beskrifvet sid. 1.

Sarcoma hepatis etc.

Sarcoma hepatis et gland. mediastin. et retroperitoneal. et thymi et pleuræ et lienis. 14-årig gosse. Int. $\frac{5}{11}$, död $\frac{13}{1}$. Blifvit för något år sedan öfverkörd, hvarvid hjulet lär passerat öfver lever- och ventrikeltrakten; ej smärtor sedan. Vårdats förut för lunginflammation och kron. bronchit. I början af Okt. frysning, hufvudvärk, hosta, snart bättre, men sedan dess alltid småfrysningar. Småningom tilltagande dyspne och afmattning. Vid *intagandet* ytterligt afmagnad, temp. omkr. 39° , inga plågor, dyspne. Bröstkorg klen bygd, ingen frambugtning af de öfre delarne; v. sidan deltog ej i andningen, symptom af utgjutning i v. lungsäcken från 2:dra reffbenet nedåt. Hjärdämpning åt h. 1-2 ctm. utanför sternalkanten, ingen anmärkningsvärd dämpning öfver sternum. $\frac{5}{1}$. Thoracocentes, grumlig, grönopalisierande vätska, hjärdämpning fortfarande 1 ctm. till h. om sternum. Buken betydl. uppdrifven, i epigastrium och ned till navelplanet dämpad ton och större och mindre tumörer. *Sektion:* I v. pleurahålan sero-fibrinös vätska, inga tumörer, å h. pleuran spridda knottor, ej exsudat. Glandula thymus och de mediastinala körtlarne infiltrerade af samma tumörmassa som i levern och mjelten med fast, gulbrun, saftfattig, jämt tecknad snittyta; gland. thymus tydligt särskild, och tumörerna i mediastinum sammanlagdt barnhandstora. Lever och mjelte genomsatta af större och mindre, väl begränsade tumörer med hvit, saftfattig snittyta. Mikroskopiskt visade sig tumörerna vara rundcellsarkomer.

Hvar den primära utgångspunkten är att söka i fallet, om i mediastinum eller annorstädes, är naturligtvis svårt att afgöra. Anmärkningsvärdt är, att pat. uppger sin sjukdom stå i samband med öfverköringen.

Sarcoma retroperitoneale.

Sarcoma retroperitoneale et pleuræ + Oedema pulm. + Hypertrophia cordis et lienis. 65-årig m. Int. $\frac{25}{1}$, död $\frac{23}{8}$. Förut i allm. mycket frisk. I slutet af Juni utan anledning mycket matt och kraftlös, förlorade aptiten; samtidigt ristningar bandformigt från spina ilei ant. sup. sin. mot genitalia,

samt öfver buken. Vid undersökning konstaterades af läkare albumin. Under sista månaden efter maten kräkningar, ej blodiga; har magrat betydligt. Vid *inkomsten* något slö, men kraftigt bygd, ej kakektisk. Puls 84, temp. normal. Känsla af mattighet, inga smärtor, urin utan ägghvita. Buken ej väsentligt uppdrifven, vid palpation en resistens på djupet i h. sida af rundad form, ej skarpt begränsad, utan försvinnande på djupet, lindrigt öm, lindrigt ojämn. I v. sida på djupet några mycket små resistenser ung. i navelplanet, skilda åt. Mjeldämpningen några ctm. framom främre axillarlinien. I v. axillen en knytnäfstor tumör, som uppträdte samtidigt med den allmänna mattigheten i Juni, och som sedan dess vuxit betydligt, likaså i allm. lymfkörtlarne i axillen, supraklavikular- och inguinaltrakten betydligt ansvalda. $\frac{13}{8}$. Egendomligt furunkelliknande utslag öfver hela den kala hjessan. $\frac{23}{8}$. Furunklar fortfarande å hjessan, egendomligt prolifererande. Tumörerna i buken hade betydligt ökats i storlek och flutit tillsammans till en enda kolossal tumörmassa med stora, jämna, knöformiga uppdrifningar med dämpad tympan. ton, alla lymfkörtlar högggradigt förstörade. Tillståndet försämrades småningom utan att, undantagandes ett ödem i fötter och underben, vidare symptom uppträdde. Sista veckorna lindrig feber till 38°. Blodundersökning visade intet abnormt. *Sektion:* Liket något afmagradt. Tarmar fria i peritonealhålan, ej ascites. Tarmarne lågo framför en kolossal tumör, stor som en uterus i 9:de månaden, fast, glatt, loberad; genom densamma gingo aorta och v. cava inf. utan att komprimeras. Snittytan var whitaktig, fast, saftfattig, ini densamma öar af mjukare väfnad, väl begränsade mot omgifningen med lifligt injicerad snittyta och liksom radierande blodstrimmor, omvexlande med gula stråk; inga körtlar kunde särskiljas. Rygggrad ej infiltrerad, blåsa och njurar utan tumörmassa, de senare trängda åt sidan af tumörmassan. Mjelten 19×14×9 ctm., fast, med tydliga folliklar och rödbrun snittyta, men ingen tumörinfiltration. Lefvern normal. Ventrikel och pankreas normala. I bröstet hjertat något förstöradt; h. lungan omgifven af en kapsel, bestående af pleura parietalis och visceralis, som voro förenade genom ett balkverk af tunnare och tjockare lameller, med hålrummen fyllda af klar vätska; förtjockningen af pleuran tedde sig endast som bindväf, ej som tumörmassa. Nedtill å inre delen af lungbasen var pleuran fastvuxen vid en i thorax befintlig knytnäfstor tumörmassa af samma utseende, som den i buken befintliga, utan att dock tumörbildningen intresserat mer än själfva pleuran. Mikroskop. rundcellsarkom.

Fallet är ej vanligt. Redan från början stälde diagnosen på ett sarkom, utgående i buken från de retroperitoneala körtlarne, och förloppet var det vid dessa vanliga.

Intoxicaciones.

1 qvinna död i akut fosforförgiftning på 5:te dagen efter intagandet, 1 dag efter inkomsten å sjukhuset, då redan alla de vanliga högggradiga symptomen voro utbildade.

Af öfriga intoxicationer hafva förekommit tvenne genom rå karbolsyra hos barn, som dock, då pat. genast infördes å sjukhuset, så att magsköljning och annan lämplig behandling kunde företagas, förlöpte lyckligt.

Dessutom två fall af resp. saltsyre- och salpetersyreintoxikation med lycklig utgång, tack vare äfven dessa patienters omedelbara inforslande till sjukhuset.

The following is a list of the names of the persons who were members of the committee...

Appendix B

The following is a list of the names of the persons who were members of the committee...

Primärt lungsarkom.

Af H. Köster.

Pat., en 33-årig qvinna, int. d. $20/1$ 92. *Anamnes:* Ingen bröstsjukdom i släkten. I barndomen hade pat. messling, men har sedan dess varit frisk och särskildt aldrig haft ondt i bröstet. Menstruationen började vid 20 års ålder och har alltid varit regelbunden. Pat. har i allmänhet haft ansträngande arbete, hennes hygieniska förhållanden tämligen dåliga. I mitten af Nov. 1891 kände pat. plötsligen utan någon anledning ett svårt håll framtill å midten af högra brösthalfvan; samtidigt kände hon i 2:dra interstitiet närmast sternum ett par små grynstora, djupt liggande förhårdnader. Hållet gick emellertid öfver; samtidigt abort. Efter 14 dagar kom hållet tillbaka på samma ställe och kvarstod sedan. Pat. fick intaga sängen, började känna sig andfädd, fick kräkningar, men ej hosta. Strax före jul började pat. hosta upp, till en början i helt ringa mängd, klart flytande blod; denna ökades sedan, så att expektoratet bestod af omväxlande blod och fradgigt slem. På sista tiden har pat. besvärats af värk i armar, rygg och ben, och hon har dessutom afmagrat betydligt. Då blodhostan alltjämt ökades, sökte pat. inträde å sjukhuset.

Status præsens: Pat. har dåligt hull, krafterna äro nedsatta. Kinderna visa nu liflig rodnad, hvilken ej funnits förr. Matlusten är dålig, inga kräkningar, sömnen obetydlig, andningsfrekvensen 24 i minuten, pulsen jämn, kraftig, 128, lika å båda sidor. Urinen håller ringa mängd albumin, temp. till en början omkring 38° , derefter normal. Pat. klagar öfver en ständig värk å högra bröstets framsida, särskildt i sittande ställning, då hon tycker, att det värker ut genom ryggen; hon känner sig tungbröstad och andfädd. Hostretningen är svår, värst om nätterna och morgnarne. Ingen hufvudvärk.

Vid inspektion af bröstet märkes, att högra thoraxhalfvan i trakten af 1:sta och 2:dra interstitierna är liksom frambugtad. Refbensinterstitierna äro här utplånade och ej kännbara. Vid

palpation kännes detta parti hårdt och oeftergiftigt och ömmar för tryck. Huden derstädes är af normalt utseende och förskjutbar mot underliggande väfnader. Resistensen begränsas tydligt uppåt af en linie gående från 2:dra intercostalrummet strax framom främre axillarlinien i bågform uppåt och framåt till under claviculan; nedåt inåt kännes ingen tydlig gräns. Pektoralfremitus är å nämnda område försvunnen. Perkussions- tonen är å venstra lungan normal, öfver högra spetsen kort, öfver claviculan starkare dämpad och matt i 1:sta och 2:dra intercostalrummet från sternum till axillarlinien. I 3:dje interstitiet höres åter lungton, och der nedanför är den full och klar. Området för den matta tonen mäter 8 resp. 7 ctm. i längd och bredd. Tonen är på ett par ctm:s utsträckning i dess omgifning kort. Ingen pulsation kännes å tumören, intet fremissement. På baksidan är tonen öfver spetsen något kortare å h. lungan än å den venstra, för öfrigt normal. Andningen är något sträf å venstra lungan med rhonchi sonores. Öfver högra lungans spets är andningen svag och aflägset bronchiel med en del knäppande rassel. I de två första interstitierna är andningen ohörbar, dernedanför åter bronchiel och längst ner sträf vesikulär. På baksidan är den isynnerhet å de öfre delarne bronchiel, svagare å de nedre partierna; öfver hela lungan höras hårda knattrade rassel. Sputum är hæmorrhagiskt, mörkrödt, utan karakteristiska beståndsdelar. Lymfkörtlarne i högra axillen äro ej tydligt svällda, ej heller de supraklavikulära körtlarne. Hjertgränserna äro normala, å 1:sta tonen höres ett svagt blåsljud, starkast vid spetsen, 2:dra pulmonalstonen är ej särskildt markerad. Från öfriga organ intet att anmärka.

Behandling: Acet. plumb. — Rosén — Extr. secale — Kamfer — Vin.

Förloppet: Blodhostan minskades småningom, återkom i början af Februari med förnyad häftighet, gnidningsljud uppträdde å högra lungans baksida, temp. ökades ånyo något och pat. afled den $\frac{1}{2}$ 92.

Sektion: Vid hudbetäckningarnes aflossande från bröst-korgsväggen framspringer i 2:dra och 3:dje interstitiet en pseudofluktuierande, mörk massa. Motsvarande denna och ett område från sterni högra kant till bakre axillarlinien samt från 2:dra refbenet till 5:te refbenet är lungan intimt fastvuxen vid bröst-korgsväggen; vid insnitt dernedanom utrinnes 1 liter sanguinolent klar vätska. Vid insnitt i lungan befinnes hela öfre loben intagas af en tumör, kring hvilken

den undanträngda lungväfnaden bildar liksom ett tunnt skal. Denna tumör, stor som ett barnhufvud, visar i sin periferiska del i ung. 1 ctm:s utsträckning samma utseende som de förhandenvarande metastaserna, men utgöres för öfrigt af en blodig, kornig, lös massa, som med lätthet kan pressas fram öfver snittytan. Den är väl begränsad mot de resterande delarne af lungväfnaden. Hela nedra och mellersta loben samt hela venstra lungan är genomsatt af liknande tumörer, hvilka springa starkt fram öfver snittytan, äro skarpt begränsade mot omgifvande lungväfnad och visa en rödaktig, kornig, skör snittyta med talrika blodpunkter; i de större af dessa är centrum sönderfallet och intages af en blodfärgad, grumlig, tunnflytande massa. Den oförändrade lungsubstansen är sparsamt luftförande. Pleuran är glatt och glänsande, ingestädes någon infiltration af lymfbanorna, å pleura parietalis spridda liknande nybildningar å h. sidan, och bröstväggen är här infiltrerad af samma väfnad, refbenen förtunnade. I lefvern finnas liknande ehuru färre tumörer med svartröd, lös snittyta, lefversubstansen för öfrigt normal, mjelten mäter 12×8 ctm, är något lös, men för öfrigt normal, njurarne äro normala, hjertat 10×10 ctm, dess muskulatur slapp, skör, fettdegenererad, pericardium glatt och glänsande. Begge ovarierne förvandlade till ett konglomerat af cystor med klart innehåll, uterus 9 ctm. lång, slapp, muskulaturen gulblek, skör, en placentarrest qvarsitter å uterusväggen. Ingestädes i nu sist nämnda organ några tumörbildningar.

Den mikroskopiska undersökningen af tumören var förenad med stor svårighet på grund af de talrika blödnin-garne, som funnos i tumören, och som försvårade tydningen af bilderna. Diagnosen ställdes emellertid på ett sarkom, och Dr. C. Sundberg, hvilken godhetsfullt undersökt honom tillsända bitar, kom till samma resultat.

I korthet sammanfattadt finna vi, huru hos en dittills frisk 33-årig qvinna plötsligen ett håll uppstår, som försvinner, men snart återkommer; samtidigt känner pat. tvenne små förhårdnader å samma ställe. Ung. 1 månad senare börjar pat. hosta, sputum blir blodblandadt, och blodhostan tilltager alltjämt. Vid undersökning konstateras en utbugtning af h. öfre delen af thorax med matt ton, försvunnen pektoral-fremitus, försvunnen andning öfver själfva frambugtningen,

bronchiel sådan i dess närmaste omgifning, men någon pulsation, fremissement eller blåsljud funnos ej å densamma.

Diagnosen, som ej mötte några vidare svårigheter, ställes på en lungtumör, och med sannolikhet på ett sarkom. I differentialdiagnostiskt hänseende hade man endast att tänka på möjligheten af ett aneurysma eller ett begränsadt empyem. Detta sistnämnda kunde genast uteslutas, då dels utbugtningen var för betydlig och resistenskänslan för stor, för att kunna vara framkallad af en sådan process, dels stället för resistensen och hela förloppet talade deremot, dels slutligen ej någon hållpunkt fanns i anamnesen för ett dylikt lidande. Äfven ett aneurysma kunde med tämligen stor sannolikhet uteslutas på grund af frånvaron af blåsljud och af pulsation samt på grund af pulsarnes lika beskaffenhet å båda sidorna. En mediastinaltumör af den storlek, som den måste hafva haft för att kunna framtränga så långt åt sidan och framkalla en så betydlig utbugtning, borde hafva gifvit anledning till långt betydligare kompressions- och dislokationsymtom af särskildt hjertat och kunde därför äfven uteslutas. För en lungtumör åter talade redan utbugtningens läge och de upprepade hæmoptyserne, och det negativa resultatet vid granskningen af andra möjligheter gjorde en sådan diagnos högst sannolik; den bekräftades äfven af sektionen.

Att den primära härden här är att söka i den stora tumören i högra lungans öfre lob, torde väl ej vara tvifvel underkastadt. Med sannolikhet ställes såsom nämnts diagnosen på ett sarkom på grund af frånvaron af betydligare kachexi samt frånvaron af lymfkörtelansvällningar, hvilka väl ej torde saknas vid carcinom, då det är fråga om en så betydlig svulst, som af undersökningen tycktes framgå. Säkerhet i detta hänseende kunde naturligtvis ej vinnas annat än genom en profpunktion, en sådan underläts dock på grund af de konstanta hæmoptyserna, hvilka jag fruktade skulle genom en sådan förvärras. Undersökningen af sputum gaf ej något säkert vid handen, ty de bildningar, som funnos i detta, visade intet karakteristiskt.

Hvarifrån svulstbildningen utgått, om från bindväfven kring broncherna eller från den alveolära bindväfven, derom kunde ej med säkerhet någon upplysning erhållas trots noggrann undersökning af preparatet i detta hänseende.

Fallet är således ett primärt lungsarkom och såsom sådant ytterligt sällsynt. Primära lungtumörer äro ju i och för sig mycket sällsynta, men bland dessa förekomma enligt en sammanställning af F. Fuchs (Beiträge zur Kenntniss der primären Geschwulstbildungen der Lunge, Inaug. Dissert. München 1886.) 7 carcinomer på hvarje sarkomfall. Äfven skola enligt denna förf. carcinomerna hufvudsakligast uppträda i, h. lungan, sarkomerna mest i v. lungan; också i detta hänseende utgör mitt fall undantag från det af Fuchs funna förhållandet.

Ett fall af Hæmoglobinuria paroxysmalis.

Af H. Köster.

En hæmoglobinuria paroxysmalis hör ej till de vanligen förekommande sjukdomsformerna, hvilket bland annat torde framgå deraf, att i vår svenska litteratur endast tvenne publikationer beträffande dylika former finnas, nämligen af Professor Bruzelius och helt nyligen af Flensburg. Ett härstädes observeradt och, som det tyckes, på grund af specifik behandling läkt fall af nämnda lidande, som kunnat följans under längre tid, torde därför förtjena att offentliggöras.

Timmermannen F. M. 35 år. Int. d. $29/_{12}$ 91, utskr. d. $11/_{1}$ 92, intagen ånyo d. $29/_{1}$ 92, utskrifven d. $12/_{1}$ 92. *Anamnes*. Patientens fader är död i lunginflammation, modern lefver. Patienten har ständigt varit frisk, hade vid 17 års ålder mycket obehag af *Ascaris* och blef för 4 år sedan veneriskt smittad. Han undergick behandling därför 3 olika gånger. Fick kort tid derefter gonorrhé, men har sedan varit frisk, om man undantager, att han då och då besvärats af ett egendomligt slags frysningar. Alkoholmissbruk har förekommit. Julaftonen detta år märkte pat., att urinen var blodblandad; han kände emellertid inga smärtor, hade ingen svårighet att kasta urinen; han tycker sig vilja minnas, att urinmängden var något minskad, men hade inga täta trängningar att urinera. Sedan dess har tillståndet förblifvit detsamma, på sista tiden har han ibland känt smärtor i högra sidan. Inga kräkningar, ingen hufvudvärk. Pat:s arbete har på sista tiden varit sådant, att det kunnat gifva anledning till förkylning.

Status præsens d. $29/_{12}$ 91: Pat., som är sängliggande, har ett friskt, ganska kraftigt utseende. Muskulatur och hull väl utvecklade. Han känner sig matt och klagar öfver lindrig värk i högra sidan, dock ej i njurtrakten, utan högre upp, eljest känner sig pat. rask. Ingenstädes finnes någon svullnad, kroppsfärg och slemhinnor

normala. Aptit god, likaså afföringen. Pulsen full och kraftig, 76 slag i minuten, ingen arterioskleros, temperatur normal. Vid palpation öfver njurtrakterna ömmar pat. å v. sida på grund af förtjockningar i bukväggen, något ehuru mindre äfven å h. sida, ingen ömhet i blåstrakten. Urinen är klar, röd, utan spår till sediment eller grumling, innehåller riklig mängd albumin, mikroskopiskt kunde intet karakteristiskt upptäckas. Hjertat visar en svag impuls i 4:de interstitiet inom mammillarlinien, första tonen något suddig och svag, rytmen regelbunden. Hjertdämpningen ej förstord. Från öfriga organ intet att anmärka, särskildt lever och mjelte utan anmärkning.

³⁰/₁₂ var urinen klar, albuminfri och förblef så, oakadt pat. gick uppe fr. o. m.

⁶/₁ 92 till utskriftningsdagen den ¹¹/₁ 92. Ord. Extr. secale ²⁹/₁₂—³¹/₁₂, derefter 0,20 gram Ch. 3 ddie.

Dagen efter, det pat. lemnat sjukhuset, märkte han, att urinen åter var blodfärgad, han kände lindriga frysningar omvexlande med svettning, särskildt vid urineringen, men mådde för öfrigt väl och hade god sömn. Om förmiddagarna höll sig pat. inne, om eftermiddagarna vistades han ute i fria luften. Symtomen visade sig också endast om eftermiddagarna, på förmiddagarna var urinen klar och blodfri. Exempelvis märktes blod i urinen d. ¹⁶/₁ kl. 2, 8 och 10 e. m., d. ¹⁷/₁ kl. 3,30 e. m. och 12 på natten, d. ¹⁸/₁ kl. 8,30 e. m. och 10,30 e. m. Pat. intogs ånyo den ²⁰/₁.

Status præsens d. ²⁰/₁ 92: Pat. företer ej något sjukligt utseende, hull och muskulatur goda, aptit, afföring och sömn normala. Han känner sig något matt och orolig samt klagar öfver frysningar, iskyla och myrkrypningar i händer och fötter samt öfver lindrig hufvudvärk. Inga smärtor, inga kräkningar, ingen icterus eller urticariaeruption. Temperatur afebril. Urinen klar, mörkröd, dess sp. vikt 1,015, mängd 1200 kbetm; den håller albumin och hæmoglobin, men deremot ej urobilin (urinen undersökt å Apoteket Enhörningens kemiska laboratorium). Från bröst och bukorgan intet att anmärka, ingen förstoring af lever eller mjelte. Ord. Extr. secale ²⁰/₁—²³/₁, derefter china 0,20 3 ddie.

Daganteckningar: ²¹/₁ 92. Pat. subjektivt nästan fullkomligt frisk, endast då och då känner han lindriga svettningar bryta ut å kroppen. Urinen af normal färg, tämligen klar, håller ej hæmoglobin eller albumin, af sur reaktion, uti sedimentet synas njurepitelliknande celler och möjligen stycken af finkorniga cylindrar (?).

$^{26}/_1$. Vid i dag företagen blodundersökning synes det samma vara både makro- och mikroskopiskt normalt, riklig myntrullebildning, inga hægoglobinkorn, poikilocyter eller annorlunda förändrade röda blodkroppar, hvilkas antal var 4,600000; de hvitas antal normalt, hægoglobinhalten 95 med Fleischls hægoglobinometer.

$^{27}/_4$ — $^{1}/_2$. Pat. som fick vara uppe, och hvars urin hittills hållit sig klar, har under dessa dagar underkastats följande försök. Han fick en gång dagligen neddoppa fötterna och underbenen i en balja med iskallt vatten under en tid varierande från 5—10 minuter, utan att detta bekom honom det minsta. Han fick inga frysningar, urinen förblef fortfarande klar och fri från hvarje tillstymmelse till hægoglobin eller albumin.

$^{2}/_2$ — $^{3}/_2$. Följande försök utfördes. Med en elastisk slang ombands ena handens pekfinger, hvarefter detsamma under en tid af ena gången 5, andra gången 10 minuter indoppades i smältande is. Blodundersökning af det nedanför slangen befintliga blodet, innan densamma borttogs, visade ej minsta förändring af blodet. De röda och hvita blodkropparnes antal var normalt, inga förändringar i form eller på annat sätt af de röda blodkropparne kunde upptäckas, inga affärgade blodkroppar.

Då Blix' hægatokrit och Stenbecks centrifug ännu ej hunnit erhållas, kunde någon undersökning med dessa apparater på blodserums utseende ej utföras, under mikroskopet hade det emellertid sin normala färg.

$^{4}/_2$. Pat. har under en timmas tid fått njelpa till att bära saker i trapporna, men ej fått gå ut; ingen missfärgning af urinen.

$^{5}/_2$. Efter att pat. under en timmas tid fått gå ute, var urinen mörkbrun kl. 6 e. m. och kl. 9 e. m.

$^{6}/_2$. På morgonen urinen klar, på eftermiddagen efter en timmas promenad var urinen porterfärgad kl. 7 e. m.; ingen frysning.

$^{7}/_2$. Urinen på förmiddagen klar. Promenad ute under 1 timmas tid på e. m. Vid inkomsten kl. $^{1}/_2$ 5 urinen porterfärgad, kl. $^{1}/_2$ 7 porterfärgad, kl. $^{1}/_2$ 9 en lindrig dragning åt rött, kl. $^{1}/_2$ 11 och $^{1}/_2$ 1 på natten urinen fullkomligt klar.

$^{8}/_2$. Urinen på f. m. klar, urinen röd vinfärgad kl. $^{1}/_2$ 6 på e. m. efter en timmas promenad ute.

$\frac{9}{2}$. Pat. har hållit sig stilla hela dagen. Urinen på e. m. fullt normal.

$\frac{10}{2}$. Urinen klar kl. 9 f. m. Promenad ute 9—10, kl. 10 urinen vinfärgad, kl. 11 porterfärgad.

$\frac{11}{2}$. Urin klar kl. 9 f. m., promenad ute kl. 9—10, kl. 10 och 11 urinen porterfärgad, kl. 12 vinfärgad, kl. 1 svag skiftning i rödt, kl. 2, 3, 4 och 5 klar, ingen albumin i den ej missfärgade urinen, men väl i den blodfärgade. Börjades med injektioner af aceto-thymol. hydrarg. 0,10 gram pro dosi.

$\frac{12}{2}$. Efter en timmas promenad med vanligt resultat undersöktes blodet; blodkropparne i det oblandade blodet voro möjligen något bleka och en del detrituskorn syntes. Antalet röda blodkroppar 4,200000, hæmoglobinhalt 72. Att märka är, att pat. aldrig under de upprepade promenaderna känt något obehag i form af frysningar eller annat illamående. Temperaturen alltid normal.

$\frac{17}{2}$, $\frac{27}{2}$. Injektioner af qvicksilfver.

$\frac{1}{3}$. kl. 8 f. m. urinen af normal färg, klar, utan albumin, kl. 9 f. m. efter en timmas promenad ute urinen mörkt sherryfärgad, kl. 10 f. m. porterfärgad, kl. 11 f. m. sherryfärgad, kl. 12 m. färgen nästan normal, endast spår af ägghvita, kl. 1 e. m. ingen ägghvita, färgen normal. Vid mikroskopisk blodundersökning kl. 9.30 f. m. kunde intet abnormt upptäckas utom obetydlig mängd ofärgad detritus. Blodserum i mikroskopet tydligt gulfärgadt.

$\frac{5}{3}$. Injektion af qvicksilfver.

$\frac{8}{3}$. I dag mellan kl. 4—5 e. m. promenad i den uppvärmda mottagningsalen, kl. 5 e. m. urinen sherryfärgad, kl. 5.30 porterfärgad, kl. 6 sherryfärgad, 6.30 urinen i det närmaste normal.

$\frac{16}{3}$. Injektion.

$\frac{24}{3}$. Mellan kl. 7—8 f. m. promenad i mottagningsalen. Ingen anmärkningsvärd mörkfärgning af urinen visade sig efteråt.

$\frac{26}{3}$. Kl. 8—9 f. m. promenad ute, kl. 8 urinen klar, ljusgul, albuminfri, kl. 9.30 urinen svartbrunt missfärgad med rikligt sediment af detritusmassor och enstaka röda blodkroppar; kl. 10, 10.30 och 11 erhöles en för hvarje gång klarare ehuru alltjämt svartbrunt färgad urin, kl. 11.30, 12 och 12.30 intet sediment, ingen albumin, det sista profvet hade samma färg som det kl. 8 f. m. tagna. Injektion af qvicksilfver.

$\frac{4}{4}$. Promenad mellan 4—5 e. m. i mottagningssalen. Ingen förändring af urinen, ingen albumin.

$\frac{7}{4}$. Promenad ute 1 timme. Ingen förändring af urinen, ingen albumin. Injektion af qvicksilfver.

$\frac{8}{4}$. Promenad ute 2 timmar. Knappast märkbar färgförändring af urinen, ingen albumin.

$\frac{11}{4}$. Promenad ute kl. 6—8 f. m. Ingen förändring af urinen, ingen albumin.

$\frac{12}{4}$. Lemnar sjukhuset.

Nu beskrifna fall är ett synnerligt typiskt sådant af en hægoglobinuria paroxysmalis, som i flera hänseenden erbjuder åtskilligt af intresse. Att här förelåg en hægoglobinuri var redan första gången klart för oss. Pat. insändes under klinisk diagnos hæmaturia och hade vid inkomsten mörkt blodfärgad urin. Denna tillvaratogs emellertid ej, följande dag var urinen fullt normal, och blod uppträdde ej sedan i urinen under sjukhusvistelsen. Detta förhållande kunde näppeligen bero på annat, än att pat. led af en hægoglobinuri, då vid öfriga former af hæmaturi alltid åtminstone för någon tid albumin kan påvisas i urinen; inga formade beståndsdelar kunde upptäckas. Närmare undersökningar utfördes emellertid ej då, först då pat., efter att några dagar hafva varit utskrifven från sjukhuset, återkom och samtidigt berättade, att urinen först på eftermiddagarna var blodfärgad, sedan han varit i rörelse, kunde med säkerhet konstateras, att pat. led af den form, som uppträder paroxysmvis.

Och såsom sådant är fallet anmärkningsvärdt dels i etiologiskt hänseende dels genom den möjlighet, som fanns, att efter behag framkalla hægoglobinurien, dels slutligen genom det resultat, en specifik behandling af fallet gaf.

Hvad först anfallen beträffar, så kunde desamma under första tiden framkallas, när man så önskade, dock fordrades härför särskilda betingelser. Vanligen framkallas anfallen genom inverkan af kyla och genom muskelansträngning, och särskildt i detta hänseende anställdes en rad af försök. Till en början försökte vi att fastslå, hvilketdera af dessa moment egde största betydelsen. För den skull anställdes

försök med kraftiga afkylningar af båda nedre extremiteterna genom att låta pat. under en viss bestämd tid hålla dessa i smältande isvatten. I flera fall har på detta sätt typisk hæmoglobinuri framkallats, så, för att blott nämna fallen i den svenska literaturen, i Flensburgs fall, men hos vår pat. utöfvade försöket ej minsta inverkan, allmänna tillståndet förblef fullt normalt och urinen lika klar som förut. Derefter försöktes inverkan af rörelse. Då pat. fick gå inomhus och hjälpa till, en ej synnerligen ansträngande sysselsättning, förblef urinen fortfarande normal, men, då pat. i stället fick kontinuerligt under 1 timmas tid röra sig ute och under hela tiden var i beständig rörelse, uppträdde hæmoglobinurien för att inom loppet af några timmar åter försvinna.

Af dessa försök framgick, att en tämligen intensiv kyla ej förmådde enbart framkalla en hæmoglobinafsöndring, men väl möjligen en förening af muskelansträngning, särskildt forceradt gående, och kyla. Sistnämnda moment måste nämligen vid de hittills utförda försöken tagas med i betraktande, då temperaturen ute de dagar, då försöken anställdes, var tämligen låg. För att afgöra, huru härmed förhöll sig, fick pat. utföra sin sträckmarsch inuti den stora uppvärmda mottagningssalen, hvarvid all inverkan af kyla kunde utslutas, och dervid visade det sig, att hæmoglobinurien var lika intensiv efter denna, som då pat. gått ute. Detta försök tillåter oss att för anfallets uppträdande tillmäta muskelansträngningen största betydelsen och berättigar oss att anse, att inverkan af kyla endast spelar en underordnad rol i vårt fall. De nämnda försöken visa emellertid ytterligare en sak, att nämligen ej hvarje muskelansträngning är i stånd att framkalla anfallet. Det är endast, då pat. forceradt gått under en tid i sträck, som anfällen uppträda, medan, då pat. får gå i lugn och ro, hjälpa till att lyfta och bära tunga saker och deremellan hvila sig, urinen förblir normal.

Hvad själfva anfällen beträffar, märkes, att urinen redan, under det pat. var ute och gick, blef hæmoglobinhaltig,

utan att han under tiden erfarit minsta obehag i form af frysningar, qväljningar, mattighet eller annat illamående, att flera gånger urinens hægoglobinhalt, att döma efter dess färgintensitet, tilltog under den närmaste tiden efter avslutad promenad och derefter successivt minskades, i det vanligen 3—4 timmar efter promenadens slut den återtagit sin normala färg, att sedan aldrig albumin kunde påvisas i urin af normalt utseende, utan endast i sådan med hægoglobinfärgning. Särskildt i sistnämnda hänseende skiljer sig fallet från en hel del af de öfriga hittills iakttagna fallen, i hvilka vanligen, äfven sedan all hægoglobinfärgning försvunnit, albumin, om också endast i ringa mängd, kunde påvisas; äfven frånvaron af frysningar och liknande symtom trots utvecklade anfall är relativt ovanlig.

Af flera författare hafva samtidigt med anfällen förändringar af blodet beskrifvits, i det de skulle lyckats påvisa en upplösning af röda blodkroppar, af hvilka endast hyllet såsom färglösa skuggor simmade i serum, medan detta skulle antagit tydlig hægoglobinfärg. De undersökningar, som i detta hänseende anställdes, gäfvö negativt resultat. Hvarken visade blodet vid mikroskopisk undersökning omedelbart efter de särskilda promenaderna några förändringar, i det de röda blodkropparnes antal var normalt, serum var gulfärgadt och inga abnorma beståndsdelar med säkerhet kunde konstateras, eller kunde genom inverkan af kyla på en från det allmänna kretsloppet afstängd del af handen förändringar framkallas af det sålunda påverkade blodet. Sistnämnda försök styrker äfven till en viss grad den af försöken gifna uppfattningen, att det ej var kylan utan muskelansträngningen, som framkallade hægoglobinurien. Dock endast till en viss grad, ty äfven Flensburg kunde under liknande förhållanden ej påvisa några förändringar af blodet, oaktadt han i sitt fall genom lokal köldinverkan kunde framkalla typiska anfall af hægoglobinuri.

Anmärkningsvärdt är fallet i etiologiskt hänseende. Från flera håll uppgifves nämligen, att syfilis ofta har fun-

nits hos pat. med paroxysmal hæmoglobinuri, och för ett samband dem emellan talar onekligen mitt fall i hög grad. Pat. har haft syfilis för 4 år sedan, och anfällen hafva läkts under en specifik behandling i form af qvicksilfverinsprutningar. Anfällen hafva så fullständigt försvunnit, att pat. kunnat vara ända till 2 timmar i sträck i ansträngd rörelse utomhus, utan att urinen visade minsta förändring. I detta hänseende synes det mig tillåtet att anse den specifika behandlingen hafva varit den, som befriat pat. från hans lidande, då en under nära nog lika lång tid förut utförd behandling med dels china dels extr. secale ej visade sig utöfva minsta inverkan på processen. Fallet torde därför kunna anses vara ett bevis för, att syfilis verkligen förmår framkalla en förändring af blodet så, att ur detsamma lättare hæmoglobin afskiljes än under normala förhållanden. Hvari denna inverkan består, derom lemna mitt fall lika litet upplysning som alla andra förut observerade.

I korthet rekapituleradt är sålunda anmärkningsvärdt: Att syfilis otvifvelaktigt varit det etiologiska momentet i fallet, i det en specifik behandling häft lidandet, att anfällen uppträdt, utan att pat. på minsta vis erfarit någon rubbning af sitt allmänbefinnande, att albumin endast kunde påvisas, då hæmoglobin fanns i urinen, deremot aldrig sedan densamma försvunnit ur urinen, samt att slutligen den framkallande anledningen till hvarje anfall var en intensiv muskelansträngning, speciellt forceradt gående, medan inverkan af kyla ej tycktes ega väsentlig betydelse.

Fallet är det 6:te i Sverige observerade.

Ett fall af primär pharynx tuberkulos.

Af H. Köster.

13-årig flicka, int. d. $10/12$ 91, utskrifven förbättrad d. $16/1$ 92, ånyo intagen d. $10/2$ 92.

Anamnes: Pat:s moder har hostat sedan flera år tillbaka, någon gång till och med blod, fadren är frisk, likaså två syskon, båda äldre än patienten. Hon har aldrig, så vidt hon vet, varit tillsammans med lungsiktiga personer. Då hennes hals för 3 veckor sedan af någon anledning — hvilken minnes hon ej, då hon aldrig haft någon smärta vid sväljningen eller något annat obehag från halsen — blef undersökt af läkare, upptäcktes, att sjukliga förändringar derstädes förefunnos, utan att pat. dock kan lemna någon uppgift om, huru hennes pharynx då såg ut. Hon blef några gånger penslad, men under tiden började hon besväras af susningar för v. öra, och hörseln nedsattes å detsamma. Pat. har aldrig känt några smärtor i svalget, aldrig haft svårighet att svälja eller tala, inga tecken till luetisk infektion.

Status præsens: Pat. ser frisk och väl närd ut, klagar ej öfver något obehag från svalget. Matlust god, afföring likaså, urin normal. Vid inspektion af svalget synas främre och bakre gombågarne äfvensom uvulan svullna och starkt rodnade, tonsillerna något hypertrofiska och ojämna, betäckta af en grå, varig beläggning. Bakre pharynxväggen är betydligt vulstigt hypertrofierad med några spridda större gulaktiga knottor i den nedra delen, medan upptill midtelpartiet intages af ett 2-öre stort, något långsträckt sår med varig yta och naggade, något vulstiga kanter. På venstra främre gombågen, i vinkeln vid uvula, synes en liten ytlig erosion. Näsan kännes "täppt", i det pat. har svårt att uteslutande andas genom densamma, dock visar rhinoskopisk undersökning af både främre och bakre näskaviteten endast en lindrig rodnad af slemhinnan, deremot ej några

sår eller nybildningar. Vid undersökning af den variga beläggningen å pharynxsåret kunde ej några tuberkelbaciller upptäckas. Från lungorna finnes intet att anmärka, hjertat är friskt. De submaxillara, jugulara och occipitala körtlarne äro alla rätt betydligt ansvalda, äfven cubitalkörtlarne äro tydligt palpabla, deremot äro axillar- och inguinalkörtlarne normala.

Behandling: Sulphat. zinc. till gurgling, injekt. af Salicyl. hydrarg. 10 ctgm, sublimatpensling. På grund af bristande utrymme utskrefs patienten med tillsägelse att återkomma för daglig pensling, såret syntes bättre, granulerade. Pat. återkom emellertid först d. $10\frac{1}{2}$, hon hade blifvit sämre redan efter en vecka, fick svårighet att svälja, och på samma gång återkommo susningarne och döfheten å v. örat.

Status præsens: d. $10\frac{1}{2}$ 92. Pat. ser fortfarande frisk ut, har inga smärtor eller svårighet att tala, ingen heshet, deremot svårighet att svälja, näsan fortfarande täppt. Vid undersökning stark ansvällning och rodnad af främre gombågarne; på venstra sidan af uvulans bas och sträckande sig ett godt stycke in på främre gombågen synes ett tämligen stort sår, hvars botten är betäckt af en gul, smörjig massa, sårkanterna äro ojämna, naggade, något vulstiga, inga tydliga knotttror. Venstra tonsillen är rodnad och hypertrofisk, likaså ehuru mindre den högra, hvilken är gråhvit och försedd med små ytliga erosioner. Bakre pharynxväggen numera i sin helhet ansvald till ungefär i jämnhöjd med tungroten, och å dess nedre del synas talrika större och mindre knotttror af gulaktig färg; dess öfre del intages af ett sår, som ej når alldeles till sidoväggarne och uppåt sträcker sig ett stycke in i cavum pharyngo-nasale; dess botten är gulaktig och dess ränder ojämna, vulstiga, hvarjämte i dessa ansvalda delar synas talrika större och mindre gulaktiga, deremot ej några miliära gråhvita knotttror. Sårbotten och de vulstiga delarne äro sköra, så att en knappsond med lätthet intränger täml. djupt i desamma, utan att pat. dervid erfar någon väsentlig smärta. Lymfkörtelsvullnaden kvarstår, lungorna friska. Vid undersökning af från sårbotten afskrapad beläggning anträffades typiska tuberkelbaciller.

Behandling: Mjölksyrepensling 50%, kromsyretouche-ring i substans.

Pat. utskrefs i April månad; trots upprepade regelbundna och systematiska försök att förstöra tuberkulosen, hafva tuberkelknottorna spriddt sig öfver hela pharynx' baksida, öfver tonsillerna och en del af mjuka gommen i form af numera gråhvita knottor. Uvulan har delvis bortulcererats; trots denna kollossala förstöring äro smärtorna vid sväljande ej synnerligen svåra. I lungorna kunde trots noggrann undersökning intet abnormt påvisas.

Fall af primär pharynxtuberkulos äro mycket sällsynta i och för sig, så t. ex. anför Lublinsky (Ueber Tuberkulose des Pharynx mit Krankenvorstellung, Deutsche med. Wochenschrift 1885 N:o 9), att bland materialet i Berliner Universitetspöliklinik för halssjukdomar, å hvilken årligen omkring 1600 fall kommo till undersökning, endast 2-3 fall af pharynxtuberkulos förekomma. Men enligt denna författare är densamma aldrig primär, utan alltid finnas i lungorna tuberkulösa förändringar, äfven om de ibland kunna vara så obetydliga, att de äro svåra att påvisa. Jag har det oaktadt ansett mitt fall förtjena namn af en primär pharynxtuberkulos, då trots den mest noggranna undersökning af lungorna ej några symtom tydande på äfven börjande förändringar i dessa organ kunnat anträffas, och dessutom en så erfaren laryngolog som Michelson i Königsberg ej förnekar möjligheten af, att lungorna kunna vid tuberkulos af dessa delar vara fullt friska (Ueber Tuberkulose der Nasen- und Mundschleimhäute. Zeitsch. f. klin. Med. XVII p 202).

Är redan fallet härigenom anmärkningsvärdt, så skiljer det sig äfven i ett annat hänseende från det vanliga förhållandet vid tuberkulos af pharynx. Pat. bruka nämligen vara i hög grad besvärade af sitt lidande dels på grund af den ständiga slemansamlingen, som retar till ständigt harsklände, dels och framförallt genom de svåra smärtor, som tillika åtfölja sväljningsakten. Pat. i ofvannämnda fall åter har klagat öfver endast obetydliga smärtor vid sväljningen och tyckes ej för närvarande besväras synnerligen af sitt lidande. Detta oaktadt torde det ej vara något tvifvel

underkastadt, att det verkligen är en tuberkulos, vi hafva att göra med. Knottrornas och sårens utseende, deras ständiga utbredning trots all använd behandling och framförallt påvisandet af typiska tuberkelbaciller i sekretet göra diagnosen fullt oomtvistelig. Och säkerligen kommer väl förloppet äfven att bekräfta diagnosen ytterligare; prognosen är otvifvelaktigt ogynsam, och det torde väl endast vara en tidsfråga, när en utbredning af tuberkulosen till lungorna och möjligen äfven andra organ i form af en allmän miliartuberkulos kommer att leda till exitus. Ty prognosen är, så vidt jag kunnat finna vid ett studium af hithörande litteratur, synnerligen dålig, så snart processen vunnit den utbredning, som fallet är här. Förloppet är ofta nog mycket hastigt, men fall finnas dock, då månader förgått, innan processen blifvit allmännare. Terapien kan ej uträtta mycket annat än lindra smärtorna och försöka förstöra härdarne, oftast dock utan resultat, såsom nämnts.

Primär (?) duodenalcancer.

Af H. Köster.

Arbetaren F. E. A. 42 år. *Anammes*: Pat., inom hvars släkt intet fall af cancer förekommit, var i barndomen klen, hade för 5 år sedan en epididymit, från hvilken han dock återställes fullkomligt, och har förtärt alkohol i kolossala mängder. Han har till följd deraf lidit af rubbningar i matsmältningsorganen, som särskildt tilltogo efter en vintern 1891 genomgången influenza, efter hvilken han lidit af förstoppning, lindriga qväljningar, halsbränna och spänning i buken; deremot har han ej besvärats af kräkningar, uppstötningar eller plågor i epigastrium, särskildt aldrig haft några anfall, som kunnat tydas såsom gallstenskolik. Syfilis förnekas, hans sysselsättning har ej bragt honom i beröring med hundar, han har aldrig märkt maskar i afföringen. I Juni 1891 märkte pat. en gulfärgning af ögonen och klåda i fötterna; gulfärgningen utbredde sig öfver hela kroppen, fæces blefvo hvitaktiga, sega, urinen rödbrun, grumlig och minskades i mängd, afföringen blef mycket trög. Deremot förblefvo sömn och matlust goda, ödemer uppträdde ej. Han intogs å sjukhuset d. $\frac{8}{7}$ 91 och visade då ett något sjukligt medtaget utseende, en intensiv icterus, inre organ visade intet anmärkningsvärdt, urinen var ikterisk, fri från albumin. Vid undersökning i slutet af Sept. af lefvern (närmre uppgift om dennas gränser finnas ej angifna vid inkomsten) befanns denna, som det tycktes, liten, dess öfre gräns var i parasternallinien 6:te refbenet, dess nedre gräns nådde ej fullt nedra bröstkorgranden hvarken i parasternal- eller mammillarlinien. Pat. hade då fått en gråaktig ansigtfärg, ingen ascites fanns.

Under den följande tiden voro öppningarne någon gång brunfärgade, mot slutet ibland blodfärgade. Tillståndet förblef sådant hela tiden, pat. utskrefs till Gibraltar fattigvårdsinrättning d. $9/12$. Lefverdämpningen började då vid 6:te refbenets öfra kant i mammillarlinien, i främre axillarlinien vid 7:de refbenet och i bakre axillarlinien vid 8:de refbenet, sträckte sig derifrån resp. 9, 10 och 11 ctm. nedåt samt slutade resp. 2, 3 och 4 ctm. ofvan bröstorgans nedra kant. Icterus var lika utpräglad, som vid inkomsten, krafterna voro möjligen något höjda. Under hela sjukhusvistelsen hade pat. med undantag af allra sista tiden lidit af en oregelbunden feber. I allmänhet var temperaturen på morgonen 37° , på aftonen 38° , i början af Sept. steg den några dagar till 39° och deröfver, likaså finnas i Okt. och Nov. några exacerbationer öfver 39° , en gång till 40° . Pat. vistades å nämnda inrättning till $21/2$, då han ånyo intogs å sjukhuset. Under vistelsen derstädes hade afföringen i allmänhet varit bättre än förut, af normal konsistens och äfven ibland färg; den var dock ibland blodfärgad, aldrig deremot voro fæces svartaktiga, utan blodet var alltid klart rött. På sista tiden var pat. mycket trött och kände sig sämre.

Status præsens d. $21/2$, 92: Pat. ser ganska klen och medtagen ut; utpräglad kakexi finnes dock ej. Sinnesstämningen god. Hudfärgen är gul med grågrön anstrykning, scleræ gulgröna. Tungan något torr, vitgrå, temperaturen lindrigt förhöjd, puls 74 slag i minuten, regelbunden, af god styrka, sömn dålig, matlust god, ej ökad törst. Afföringen mycket trög, fæces äro hårda, af en gråaktig färg, ibland äro de färgade af klar, röd blod. Urinen sparsam, mörkt gulröd, i tunnare lager dragande i grönt, vid skakning bildas ett något gulgrönt skum; den innehåller ej albumin eller socker. Pat. känner sig trött och klen, de sista dagarne har han ofta fått anfall af yrsel, då han försökt gå upp, och isynnerhet om han lutat sig framåt, då han varit nära att falla. Emellanåt påkomma frossbrytningar med efterföljande temperaturstegringar. Pat. fryser lätt. Han klagat dessutom öfver klåda i fötterna, ibland äfven i händerna och å kroppen i öfrigt. Han har svårt att kasta vatten, och sveda i urinröret inställer sig alltid vid urineringen. Inga qväljningar, ingen hufvudvärk eller illamående i öfrigt. Ej ascites, ej ödem.

Buken kännes uppdrifven och spänd, kutana venerna å densamma ej mer blodfyllda än normalt. Vid palpation

kännes strax nedom bröstkorgranden lefverkanten, som förefaller att vara något hårdare än normalt, men någon ojämnhet af densamma kan ej märkas. Inguinalkörtlarne äro något ansvalda samt hårda, samma är förhållandet med axillarkörtlarne. Vid perkussion af buken fås öfverallt tympanitisk ton. Lefverdämpningens öfra gräns i parasternallinien 5:te interstitiet, i mammillarlinien 6:te refbenet, i främre axillarlinien öfra kanten af 7:de refbenet, i bakre axillarlinien nedra kanten af samma refben; nedra gränsen i parasternallinien till ett horisontalplan midt emellan processus xiphoideus och nafveln, i mammillarlinien något nedom bröstkorgens nedra kant, i främre axillarlinien 10:de refbenet, i bakre 10:de interstitiet. Mjeldämpningen ej förstörad. I fråga om öfriga organ intet att anmärka.

Daganteckningar: $25\frac{1}{2}$. Profpunktion af lefvern gaf negativt resultat.

$30\frac{3}{8}$. Ödem har uppträdt vid fotknölarne. Pat. känner sig ganska dålig, har ofta frysningar och har isynnerhet på sista tiden magrat betydligt.

$31\frac{3}{8}$. Tydlig ascites i buken, mjelten ej förstörad, lefverdämpningen oförändrad, möjligen något större. Mikroskopisk undersökning af blodet visar inga väsentliga förändringar. Några röda blodkroppar se missformade ut, och möjligen förefinnes någon mindre benägenhet för myntullebildning än normalt.

$3\frac{1}{4}$. Pat. afled.

Temperaturen visade enstaka stegringar upp till $38^{\circ},5$.

Sektion: d. $5\frac{1}{4}$ 92. Liket höggradigt afmagradt, gulaktigt färgad hud och sclera, ödem å fötterna. Vid bukhalans öppnande måttlig mängd gulfärgad ascitesvätska, peritoneum glatt och glänsande, ingenstädes synas några nybildningar å detsamma. Vid bröstkorgens öppnande befinnes h. lungan i hela dess utsträckning fastvuxen vid bröstkoragsväggen, v. fri, v. pleurahålan innehåller omkring 300 kbetm. grunlig, gulfärgad vätska. V. pleuran å bakre delen af v. lungan belagd med tunna fibrinmembraner, som lätt kunna afdragas och lemna en något mattglänsande yta blottad, pleura costalis gulfärgad. Lungornas nedre lobar luftförande, med täml. normal snittyta, de öfre loberna äro ojämna och liksom ärrigt indragna samt tyckas innehålla fasta knölar. Vid insnitt visa sig de öfre loberna genom satta af gulaktig bindväf, omgifvande väl begränsade

nötstora härdar med ostigt, något kalkhaltigt innehåll, efter hvars aflägsnande väggarna befinnas vara släta och fasta; talrikast finnas dessa härdar i vänstra lungan, mindre i högra, lufthalten i de öfre loberna mycket obetydlig. Hjärtat är något mindre än likets knutna hand, 10×8 ctm, pericardium är gulfärgadt, innehåller obetydlig mängd gulfärgadt transsudat, hjertat är fast, valvler och mynningar friska; muskulaturen mäter i v. ventrikel 12 mm, är brun, fast. Mjeltan mäter 14×9 ctm, är slapp, med brunaktig, mörjig pulpa, som dock ej sönderflyter. Njurarna mäta 10×6 ctm, kapslarna lossa lätt, ytan derunder är glatt, gulaktig, vid insnitt sväller barken ej, otydlig skillnad mellan mærg och bark, barken af normal tjocklek, otydligt tecknad, snittytan gulblek. Lefvern 24 ctm. bred, h. loben framifrån bakåt 14 ctm., v. 15 ctm., kapseln lindrigt grumlig, men jämn, lefverns snittyta brungul, acini mycket tydliga; i densamma finnas betydligt dilaterade gallgångar, innehållande en ljus brungul, tunnflytande galla, ingenstädes finnes någon tumörbildning i lefvern. Gallblåsan är något utspänd, innehåller en måttlig mängd nästan ljusgul tunn galla, inga stenar. Ductus cysticus mäter 2,5 ctm. i omkrets, ductus hepaticus nära 4 ctm, duct. choledochus upptill, der den förenas med duct. cysticus, 3,5 ctm, nedtill strax ofvan dess utmynning i tarmen 3 ctm. Slemhinnan i dessa gångar och i gallblåsan utan tydliga makroskopiska förändringar. Vid utmynningsstället för ductus choledochus är denna förträngd genom en mjuk, loberad svulstmassa, utan att dock vara absolut sluten, emedan vid tryck å lefvern före gångarnes uppklippning galla kunde pressas fram genom mynningen. Den nämnda svulstmassan, i hvars midt ductus choledochus och nedanför denna ductus Wirsungianus mynnar ut, tyckes uteslutande sitta i slemhinnan, i det den är förskjutbar mot kringliggande delar och ej har inträngt i pankreas, hvilken är fullkomligt normal. Svulstmassan är mjuk, når omkring 1—2 ctm. åt alla håll från papilla Vateri räknadt, dess snittyta är hvitaktig med liksom gelatinösa stråk och riklig mängd saft å snittytan; å dess yta finnas talrika små blödningar, men ingen ulceration. Ventrikeln är normal, pylorus af normal vidd, slemhinnan något ogenomskinlig, belagd med tjockt, gulgrått, segt slem. Tarmen är normal utom i trakten strax ofvan analöppningen, der en liknande loberad svulst med ytliga blödningar utan tydliga ulcerationer höjer sig öfver slemhinnan å rectums bakre vägg; dess snittyta har samma utseende som svulstens

i duodenum, dess storlek är ungefär densamma. Rectum för öfrigt normal. Bindväfven bakom rectum motsvarande sistnämnda svulst är starkt blodigt färgad, utan att dock någon blodansamling finnes derstädes. Blåsa, prostata, bencystemet, kärl normala. Lymfkörtlarne i buken ej ansvalda, deras snittyta makroskopiskt oförändrad.

Mikroskopiskt visa sig svulsterna bestå af en cellrik cancerväfnad, som i duodenum, der snitt lades genom tarmväggen och närgränsande delar af pankreas, intog tarmväggen i hela dess tjocklek, men deremot ej någonstädes sträckte sig in i pankreas' substans.

De objektiva fynden i föreliggande fall voro således en kron. icterus, som qvarstått oförändrad under 10 månaders lopp utan palpabla förändringar af lefvern. Denna visade ej någon förstoring, dock tycktes den sista tiden hafva ökats något i volym; de sista dagarne tillstötte ascites, ödem kring fotknölarne, och på sista tiden kändes lymfkörtlarne lindrigt förstorade. Fallet erbjöd i diagnostiskt hänseende stora svårigheter, och sannolikhetsdiagnosen, som ställdes, den af en cancer hepatitis, bekräftades ej vid sektionen. Det var egentligen på uteslutningens väg, vi kommo till denna diagnos. Det hela sjukdomsbilden beherskande symptomet, en långvarig icterus, som qvarstod oförändrad, tillät oss utan vidare att utesluta de akuta processer, som kunna ge anledning till en sådan, särskildt den akuta gula lefveratrofien, då denna process enligt uppgift i Eichhorst inom senast 4 månader leder till döden, och dessutom alla nervösa rubbningar, som vanligen finnas vid denna, saknades. Orsaken kunde sökas dels i gallgångarne dels i lefversubstansen. Hvad de förra beträffar, så gjorde just fallets långvariga förlopp det osannolikt, att en enkel katarral icterus förelåg, utan lidandet måste vara af allvarsammare natur. Det fanns dock ingen hållpunkt i sjukhistorien för, att en tilltäppning af ductus choledochus egt rum. Af den vanligaste anledningen, en inkilad gallsten, hade aldrig under lifvet några symptom funnits, hvarför man ej heller kunde tänka sig denna möjlighet. För en obturation af mynningen genom en svulstbildning fanns ej heller någon

hållpunkt; en sådan svulstbildning torde väl oftast utgå från angränsande organ, särskildt pankreas, men af de symptom, som angifvits vara karakteristiska för en nybildning i detta organ, nämligen mycket svåra smärtor och en hastig afmagring, fanns intet i fallet. Äfven från ventrikeln tydde inga symptom på en nybildning, som möjligen kunde gripit öfver på duodenum och förträngt ductus choledochus' mynning; ej heller tydde symptomen på en retroperitoneal nybildning, buken var ej spänd, smärtor saknades, likaså ascites och mjeltförstoring, som man väl i ty fall på grund af samtidig kompression af v. porta borde kunnat vänta. I undantagsfall finner man uppgifvet en tilltäppning af ductus genom invandrade ascarismaskar, mén sådana hade pat. aldrig observerat. Det fanns med ett ord ingen hållpunkt för att antaga ett hinder i ductus choledochus. Tanken leddes därför hän på, att en affektion af själfva lefvern kunde vara med i spelet, och närmast tänktes då på möjligheten af en abscess på grund af den intermitterande febern och de upprepade frysningarne. Dock är icterus ej ett synnerligen vanligt symptom vid abscess, ehuruväl den, såsom jag förra året hade tillfälle att se i ett till sektion kommet fall, kan vara mycket höggradig, dessutom saknades alla hållpunkter i etiologiskt hänseende, lefverförstoring, ömhet öfver lefvertrakten saknades, och slutligen gaf profunktion af lefvern negativt resultat. En abscessbildning ansågo vi oss därför med stor sannolikhet kunna utesluta, likaså en lefvercirrhos, på hvilken man möjligen kunde tänka till följd af pat:s kolossala alkoholmissbruk och lefverns relativa litenhet; men frånvaro af ascites och mjeltförstoring gjorde ett dyligt antagande omöjligt. Af öfriga lefverförändringar kunde man egentligen endast tänka på möjligheten af en lefvercancer, som i fallet då skulle vara primär på grund af frånvaron af alla symptom från ventrikeln. Lefvercancern kan under långa tider vara fullkomligt latent, än är dess enda symptom en kronisk icterus, som kvarstår oförändrad, än endast en måttlig lefverförstoring, hvars frånvaro dock ej tillåter att utesluta en sådan möj-

lighet, då naturligtvis cancern måste hafva nått viss storlek för att gifva anledning till en tydlig ökning af leverns volym. Det fanns emellertid i fallet ett eller kanske tvenne symptom, som talade för en sådan möjlighet, nämligen dels den tydligt konstaterbara om också obetydliga förstoringen af leverns volym, som inträdt vid patientens förnyade intagning å sjukhuset, dels möjligen de något svullna lymfkörtlarna, som kunde palperas i inguen och axillen. Just på grund af dessa symptom och i betraktande af de negativa tecknen i fråga om öfriga möjligheter ställes diagnosen med sannolikhet på en cancer hepatis.

Sektionen visade emellertid en nybildning, som det tycktes uteslutande i papilla Vateri och omgifvande slemhinna, hvilken förträngt mynningen af ductus choledochus, medan levern och öfriga organer med undantag af rectum voro fullt normala, och denna nybildning intog, såsom den mikroskopiska undersökningen visade, uteslutande duodeni slemhinna utan att gripa öfver på pankreas. Samtidigt anträffades en i alla hänseenden både makroskopiskt och mikroskopiskt likformigt bygd tumör i rectum strax ofvan analöppningen, äfven den uteslutande begränsad till tarmväggen.

Fråga vi, om diagnosen af denna nybildning kunnat ställas under lifvet, torde med säkerhet svaret utfalla nekande. Nybildningen i rectum, som, ifall vi på grund af pat:s uppgift om, att han hade blodiga öppningar, vid verkställd undersökning, som dock ej egde rum, kunnat upptäcka, hade endast kunnat styrka oss i vår uppfattning af, att en nybildning förefanns i levern. Ett symptom hade kanske, ifall jag fäst min uppmärksamhet vid detsamma, kunnat leda på rätta spåret, nämligen det att fæces ej alltid voro fria från gallfärgämnen, utan tidtals voro lindrigt brunfärgade. Detta förhållande kan förklaras deraf, att mynningen tidtals ej varit absolut förträngd, såsom äfven sektionen visade, i det vid tryck å levern ur ductus choledochus' mynning tunnflytande galla kunde pressas fram, men att öppningen dock var så liten, att endast en obetydlig

ansvällning af tumören på grund af ökad hyperämi fordrades för att åstadkomma en total förträngning. Möjligen kunde häri en fingervisning legat, då vid icterus på grund af cancer hepatis en dylik variation af fæces' utseende ej eger rum. Hvilken af de båda tumörerna, den i duodenum eller den i rectum, varit den primära, eller om båda utvecklats samtidigt, vågar jag ej afgöra. Tumörerna voro i alla hänseenden lika, och det är lika svårt att tänka sig en metastas från duodenum till rectum som tvärtom.

Fallet är emellertid mycket intressant, det visar, hvilka svårigheter man ibland har att öfvervinna, då man skall finna anledningen till en längre tid kvarstående icterus. Säkerligen torde det ej finnas många likartade hittills observerade fall, vid en flyktig granskning af litteraturen har jag ej kunnat finna något liknande.

Ett fall af noma hos 44-årig qvinnu.

Af H. Köster.

Den under namn af noma eller vattenkräfta kända hemska processen torde höra till de lyckligtvis sällsyntare sjukdomarne, och, om man äfven någon gång kan få se ett fall af densamma hos barn, torde dess förekomst hos en så pass gammal individ som i det af mig observerade fallet höra till de största sällsyntheterna, kanske hittills vara enastående. Fallet torde därför förtjena att offentliggöras, isynnerhet som det äfven i ett annat afseende är af ett visst intresse.

Hustru M. K. S., 44 år. Int. d. $10/3$ 92. utskr. död d. $14/3$ 92. *Anamnes:* Pat. har med undantag af en lunginflammation för 3 år sedan alltid haft god helsa tills förra sommaren, då hon insjuknade i en pleuritis exsudativa hæmorrhagica sin. och vårdades å härvarande sjukhus. Hon utskrefs förbättrad, men från denna tid har hon aldrig känt sig fullt frisk; hon har sedan dess lidit af svår andnöd, hvilken synnerligen häftigt tilltog i December månad; sedan dess har pat. aldrig kunnat ligga, utan måst sitta uppe. De hygieniska förhållandena hafva varit mycket dåliga, dessutom har hon haft tungt arbete och dålig föda. Hennes nuvarande sjukdom började för 3 veckor sedan. Hon fick

då på insidan af venstra kinden en kula, på hvilken snart hål uppstod. En vecka senare svullnade hela venstra kinden ödematöst. För 4 dagar sedan började en blodig, mycket illaluktande vätska rinna ur munnen, och dagen efter blef kinden först lifligt röd, sedermera svart och sårig inom loppet af några timmar. Ödemet spred sig ganska hastigt, och hela venstra ansigtshalfvan, värst läppar och ögonlock, svullnade. Om feber förekommit, kan pat. ej uppgifva. Då svullnaden och den illaluktande flytningen ur munnen ej minskades, sökte pat. inträde på sjukhuset. För ung. 1 år sedan märkte pat. första gången en svulst i bukens venstra del, hvilken sedermera skall hafva varit än större än mindre. Förnekar syfilis.

Status præsens d. $12\frac{1}{3}$ 92. Pat. intager i sängen halfsittande ställning. Hon ser synnerligen medtagen och lidande ut. Hela rummet, der hon ligger, är genompyrdt af en intensivt stinkande lukt. Puls hastig, 100 slag i minuten, liten och mjuk. Temperaturen morgon $38^{\circ},5$, afton $38^{\circ},6$. Urin fri från ägghvita. Utpräglad dyspnoe. Pat. klagar öfver smärtor i venstra ansigtshalfvan. Hela ansigtet är starkt ödematöst, läppar och ögonlock starkt spända, nästan genomskinliga (påminna om starkt spända vattenblåsor). Munnen är snedvriden, v. munvinkeln står betydligt lägre än den högra. Strax till venster om v. munvinkeln vidtager ett flathandstort, svartgrått parti af gangränerad hud. Ungefär i midten af detta, ofvanför underkåkens nedra kant, finnes ett ungefär 5-öre stort sår med svarta, sönderfallande ränder. Genom detta finnes öppen kommunikation med munhålan, i det i munnen insprutad vätska delvis utrinne genom såret. På grund af omöjligheten för pat. att öppna munnen, kan någon närmre undersökning af munhållans inre ej företagas, dock synes venstra kindens insida vara svartaktig och gangränöst sönderfallande, tandköttet relativt oförändradt. Närmre undersökning af lungorna kan ej utföras. Baktill å lungorna är respirationsljudet sträfft med en del subkrepiterande rassel. Hjertats toner rena. Buken är kolossalt uppdrifven. I venstra sidan palperas en tumör, som synes bestå af den kolossalt förstorade mjelten, hvilken intar bukens halfva venstra del och ömmar betydligt för tryck. Lefvern synes äfven förstorad; den når ett godt stycke nedom bröstkorgranden och är lätt palperbar. Blödkroppsräkning visade 3,200000 röda blodkroppar, de hvita ungefär 200000 på kbmm.

Behandling: Ch, Konjak, Kamfer, sköljning med Hypermang. kalicus.

Under de tvenne följande dagarne utbredde sig branden, så att den tillslut intog den i sektionberättelsen omnämnda utsträckningen. Febern bibehöll sig vid samma höjd, det subjektiva tillståndet försämrades trots brandens utbredning ej väsentligt. Pat. afled hastigt på qvällen den 14/3.

Sektion d. 15/3. Liket har måttligt hull, är af medelkraftig byggnad. Å venstra kinden finnes ett brandigt parti, som sträcker sig från midten af läpparne öfver venstra näshalfvan längs ögonhålans nedra kant till något framom örat, nedåt drygt till underkäkens nedra kant. Kindens väfnader äro här lösa, sönderfallande, högst illaluktande. Genom ett gangränöst sönderfallt parti nedom venstra munvinkeln inkommer man direkt i munhålan, der slemhinnan likaledes i hela dess utsträckning är brandigt missfärgad och trasig, motsvarande den nämnda perforationen i kinden. Likaså är tandköttet å v. öfver- och underkåken brandigt missfärgadt, periosteum aflossadt, och tänderna sitta lösa i käken. Tungan är normal. Delarne kring de brandiga partierna i kinden äro ödematöst ansvalda, bleka, ingen suppurationsrand finnes kring branden, utan denna går småningom utan skarp gräns öfver i den bleka, ej brandiga väfnaden.

Hjertat är af normal storlek, något slappt, valvler och mynningar äro friska, muskulaturen af normal tjocklek, brun, tämligen fast. Högra lungan är i hela dess utsträckning fastvuxen vid bröstkorgsväggen, lungväfnaden är öfverallt luftförande, inga brandiga härdar eller förtätningar finnas i densamma; v. lungan, som är fri, är äfven öfverallt luftförande. I venstra pleurahålan omkring 100 kbetm. klar, ljusgul vätska. Mjelten är i hela dess utsträckning fastvuxen vid bukväggen, diafragma och öfriga närgränsande organ genom fasta adherencer, som endast med svårighet kunna lossas. Den är kolossalt förstorad, dess längd är 20 ctm, bredd 14 ctm. i främre och 11 ctm. i bakre delen, tjocklek 9 ctm. Kapseln är ogenomskinlig, gråhvit, förtjockad, ingen tydlig tumörbildning kan palperas i densamma eller synes å ytan. Vid insnitt finnes snittytan i allmänhet vara ljusst rödgul, något mörjig; uti densamma synas mörkare rödbruna, skarpt begränsade partier, som tyckas vara lösare än den öfriga mjeltväfnaden, och inuti dessa finnas talrika hvita stråk, lindrigt upphöjda, som det tyckes, som gå i

oregelbundna zickzacklinier, ofta sammanflyta och dymedelst begränsa egendomligt formade partier; dessa partier finnas såväl in i själfva substansen som i de ytligare delarne, der ett och annat tyckes hafva kilform, utan att dock springa fram öfver mjeltens yta. Lefvern är fast, mäter 27 ctm. från sida till sida, 20 ctm. framifrån bakåt å högra och 17 ctm. å venstra loben, snittytan visar normal teckning, acini äro tydliga, periferierna bleka, något breda, snittytan är slät. Njurarne äro stora och slappa, 15×6 ctm; kapseln lossar lätt, barken är blek, mäter 8 mm., sväller lindrigt, märgen är blåröd; i barken synas tydligt gula, fettvandlade partier omvexlande med mera normalt utseende, om också något grumliga sådana, glomeruli äro otydliga. Tarmarnes serosa är lifligt injicierad, eljest finnes från dessa organ och genitalia intet att anmärka.

Mikroskopisk undersökning af mjelten, som lemnade mig tveksam om, af hvad natur den nämnda tumören var, utfördes sedan välvilligt af Docenten Dr. C. Sundberg i Upsala, som derom skrifver: "Man kan knappt tänka på annat än ett sarkom eller en infektionsmjelte i ett senare stadium. Inga bestämda hållpunkter för ett sarkom kan jag finna i mig tillsända snittet. Deremot finnas tydliga tecken till ett rikligt sönderfall af väfnaden liksom till hyperplasi af cellerna. Särskildt finnas massvis polynukleära lymfocyter. Jag skulle närmast föreställa mig, att här föreligger en infektionsmjelte med nekros af en del af väfnaden, kanske till och med värbildning i en del små öar och strimmor till följd af de polynukleära cellernas talrikhet. Jag känner ej till historien, men skulle af preparatet (förutsatt, att diagnosen kronisk infektionsmjelte är riktig) gissa mig till, att mjelttumören är af en viss ålder; här och hvar synes nämligen stromat något förtjockadt, och ofta framträder en destruktion af detsamma, som gör, att jag förmodar processen hafva behöft någon tid på sig för att kunna så utvecklas".

Noman är, såsom jag nämde, ytterligt sällsynt hos äldre indivier. I Realencyclopädie der gesammten Heilkunde uppgifver Ehrenhaus, att densamma endast sporadiskt förekommer efter 12 året. Den är en i etiologiskt hänseende ännu fullkomligt oklar åkomma. Man har kunnat konstatera, att densamma oftast förekommer i fuktiga kuststräckor, vanligen höst och vår; den angriper personer sporadiskt,

uppträder aldrig i epidemisk form och vanligen endast såsom följd af föregående akut sjukdom hos förut svaga barn. Oftast torde man ega tillfälle se den såsom följsjukdom efter messling, men äfven akut lunginflammation, scarlatina, tyfoidfeber, malaria lära kunna följas af en noma. Särskildt har man velat spåra ett visst sammanhang mellan qvick-silfverbehandling vid syfilis och noman, utan att dock denna åsigt vunnit allmänt erkännande. I mitt fall kan absolut ingen hållpunkt i etiologiskt hänseende upptäckas. Pat. har i allmänhet haft god helsa, syfilis förnekades, de hygieniska förhållandena hafva visserligen ej varit de bästa, men, att häri söka det etiologiska momentet, torde dock näppeligen låta sig göra; möjligt är ju, att de bidragit att nedsätta patientens krafter och motståndskraft, men dertill torde väl äfven den betydelse, man kan tillägga nämnda moment, inskränka sig. Huruvida något samband finnes med den kroniska mjelttumören, till hvilken jag strax återkommer, eller icke, är svårt att afgöra.

I symptomatologiskt hänseende liknar mitt fall förloppet vid öfriga fall af noma. Processen tyckes hafva utgått, såsom vanligen är fallet, från kindens insida och har på dess utsida tett sig såsom ett höggradigt ödem, i hvilket först senare brandiga förändringar inträffat. Denna brand har sedan spridit sig, ledt till perforation af kinden och gripit öfver på tandköttet och periostet, så att tänderna lossnat, deremot förblefvo tungan och inre organ, särskildt lungorna och tarmkanalen, hvilka ej sällan visa förändringar, i fallet normala. Anmärkningsvärda voro i fallet den relativa euforien, i det pat. ej klagade öfver svåra smärtor, och den obetydliga temperaturstegringen, trots den kolossala förstöringen och den rikliga afsöndringen af otvifvelaktigt höggradigt septiska produkter.

I diagnostiskt hänseende fanns ingen tvekan; till en början hade sjukdomen tett sig såsom en erysipelas (pat. insändes under denna diagnos till sjukhuset), men bilden, sådan den tedde sig efter inkomsten, lemnade ej något tvifvel om pro-

cessens natur och i och med detsamma om prognosen, som väl i de flesta fall är ytterst ogynsam. I terapeutiskt hänseende har man anbefalt pauelin; att använda den i mitt fall torde dock näppeligen hafva hjälpt mycket, då branden hela tiden hade tendens att breda ut sig och angripa allt större del af kinden. Först när densamma ej vidare griper omkring sig, torde några utsigter att med pauelin komma till målet finnas. Vi måste därför inskränka oss till att med antiseptiska lösningar desinficiera såret så vidt möjligt och genom tonica och stimulantia höja patientens krafter, utan resultat emellertid.

Fallet är således ett typiskt nomafall, som är anmärkningsvärdt genom patientens ålder. I ett annat hänseende är detsamma dessutom en gåta. Den kolossala mjelttumören står oförklarad. I anamnesen och trots noggranna efterforskningar erhöles inga upplysningar, som kunde sättas i etiologiskt samband med densamma. Syfilis, malaria, akuta infektionssjukdomar, om man undantager den akuta pneumonien, hvilken dock väl ej torde gifva anledning till en så kolossal kronisk mjelttumör, förnekades på det bestämdaste. Ej heller torde densamma vara en följd af nomaprocessen. Ty oafsedt, att denna affektion endast varade 3:ne veckor, inom hvilken tidrymd ej någon sådan kronisk mjelttumör torde hinna utbildas, finnes i anamnesen bestämd uppgift om, att tumören funnits långt före noman, i det pat. redan för ett år sedan märkt densamma i bukålan och uppgifvit, att den varit än större än mindre. Ett symptom af densamma är möjligen äfven den andnöd, pat. under sista året besvärats af, ty hvarken i lungorna eller hjertat funnos förändringar, som kunde förklara detta symptom. Med säkerhet torde densamma därför hafva funnits, långt innan nomaprocessen utbildats. Hvad anledningen till densamma varit, kan jag ej afgöra. Jag tänkte under lifvet på möjligheten af en malign nybildning i densamma med metastaser i pleurahålan, detta på grund af den hämorrhagiska pleurit, pat. för någon tid sedan genomgått. Men hvarken funnos dylika i pleuran, ej heller bekräftade

den mikroskopiska undersökningen mina misstankar. Blodundersökningen gaf negativt resultat. Möjligen har pat. därför trots sitt ihärdiga förnekande haft syfilis, patienternas uppgifter i detta hänseende äro ju ej alltid absolut tillförlitliga; förändringarne i mjelten visade emellertid intet för syfilis karakteristiskt. Hur som helst torde väl den nämnda mjelttumören kunna anses vara ett uttryck för en kakexi, som förberedt jordmånen för nomans uppträdande.

Jag begagnar mig här af tillfället att till Docenten Dr. C. Sundberg framföra uttrycken af min tacksamhet för den beredvillighet, med hvilken han undersökt honom sända preparat.

Ett fall af symmetrisk gangrän.

(Föredrag i Dec. 1891).

Af H. Köster.

A. J. 23-årig qv. Int. d. $29/10$ 91, utskr. d. $19/12$ nästan frisk. *Anamnes*: Pat. har, om man undantager ett par barnsjukdomar, hvilka hon dock ej kan närmre bestämma, varit frisk och stark. Hon tyckes aldrig haft några hysteriska symptom och har ej varit utsatt för någon psykisk affekt af något slag. För ungefär 1 vecka sedan började, utan att pat. förut på något sätt känt sig illamående, utan föregående frysningar eller feber och utan något trauma hennes nuvarande sjukdom. Hon uppger dock, att hon haft lindrig värk och ömhet i 2:dra trigeminusgrenens utbredningsområde i ansigtet, liksom att hon känt värk i benen just vid den tidpunkt, då hennes sjukdom började. Hon började plötsligen känna liflig smärta å begge öfverarmarnes baksida i form af en molande värk, som var mest plågsam på eftermiddagarne. Vid undersökning af armarne upptäckte hon en stark rodnad på ett område af 4—5 ctm diameter, lika stort å båda armarne, och de mjuka delarne kändes derstädes djupt förhårdnade. Ett par dagar senare märkte hon blåsvarta fläckar af ung. 1 ctm genomskärning på midten af båda öfverarmarne, der de omnämnda fläckarne voro mest utbildade. Sedan hafva dessa fläckar småningom vidgat sig åt alla sidor, så att det blåsvarta området vid inkomsten hade en längd på venstra armen af 10 ctm, en bredd af mellan 3—4 ctm, och å högra af 12 resp. 5—6 ctm.

Status præsens d. $29/10$ 91. Pat. är synnerligen kraftigt bygd, med väl utbildadt hull och muskulatur. Hon förefaller ej på minsta sätt nervös, hennes matlust, afföring, puls och urin normala, temperaturen d. $29/10$ på aftonen $38^{\circ},6$. Vid undersökning af armarnes baksida anträffades å fullt symmetriska ställen de omnämnda gangränösa fläckarne, hvilkas utbredning är den i anamnesen omnämnda. Dessa blåsvarta områden hafva skarp markerade gränser med

något vågiga konturer, deras botten är insänkt och något knotttrigt ojämn; flera stora blåsor, innehållande en tunnflytande, hämorrhagisk vätska, höja sig från densamma. Omgifningarne kring såren äro något svullna och liffigt rodnade i en utsträckning af 3—4 ctm. utanför sårens gränser. Hela det parti af armen, som motsvarar såväl de gangränösa fläckarne som de omgifvande rodnade partierna, är betydligt infiltrerad, djupt in i de underliggande väfnaderna, mera på venster än på höger arm. Sensibiliteten å de svarta fläckarne för såväl vidröring som temperatur- och smärtintryck upphäfd, i det hvarken vidrörande, betydliga temperaturdifferenser, som t. ex. mellan is och varmt vatten, eller djupa nålstyng derstädes kännas af patienten; de rodnade partierna åter äro något hyperästetiska; hon ömmar der för svagt tryck, isynnerhet om man fattar hela det infiltrerade partiet mellan fingrarne. Armarnes både aktiva och passiva rörlighet är fullt normal, och rörelser framkalla ingen smärta. För öfrigt visar sig trots den noggrannaste undersökning sensibilitet och motilitet öfverallt normala och alla inre organ fullt friska. Särskildt plex. brachiales äro oömma.

Daganteckningar: $^{30}/_{10}$ Temp. morgon $39^{\circ},2$, afton $37^{\circ},8$.
 $^{31}/_{10}$. Temp. morgon $37^{\circ},4$, afton $37^{\circ},7$. Sedermera normal.

$^{2}/_{11}$ 91. Infiltrationen tyckes ej utbreda sig vidare, och fläckarne äro numera fullt skarpt begränsade. Rodnaden och infiltrationen kring det gangränösa partiet har minskats, ömheten derstädes är försvunnen; blåsorna å det samma hafva fallit ihop.

$^{8}/_{11}$. I kanterna af de gangränösa partierna en några mm. bred, suppurerande rand. För öfrigt äro områdena alldeles svarta och torra. Den friska huden i trakten derkring är något sväld och blekröd med aflossad epidermis. På venster arm börjande läkning med ärrbildning.

Sedan fortgick småningom afstötningen af de brandiga väfnaderna, hvarvid den rena sårbottnen dock ej sträckte sig längre in än i underhudsväfnaden. I början af Februari 1892 voro såren fullt läkta under qvarlemnande af tvenne djupa ärr.

Behandlingen utgjordes af China och Liqueur Burowi.

Sjukdomsbilden, en plötsligen uppstående, nästan absolut symmetrisk gangrän å midten af båda öfverarmarnes baksida är säkerligen ovanlig, och i den mig tillgängliga litteraturen har

jag ej kunnat finna något fullt motsvarande fall. Jag har emellertid kallat fallet symmetrisk gangrän, på grund af att detta namn bäst betecknar sjukdomsbilden, och emedan fallet otvifvelaktigt står nära de öfriga under detta namn beskrifna sjukdomsfallen, ehuru väl det genom sin lokalisation och sin symptomlöshet för öfrigt afviker från den vanliga formen af s. k. symmetrisk gangrän.

Den vanligen under detta namn beskrifna sjukdomsbilden, som väl för öfrigt på grund af de olika patol. anat. förändringar, som finnas vid densamma, snarare bör betraktas såsom en symptomkomplex än såsom en själfständig sjukdom. karakteriseras af gangrän af symmetriska partier af extremiteternas mest perifera delar, såsom fingrar och tår, eller sådan af delar af öronen och näsan och griper endast i undantagsfall öfver på högre belägna delar. Vanligen föregås densamma af domning och våldsamma smärtor, kyla i delarne med blekhet eller också lindrig missfärgning, och sedan utvecklas gangränen. Vid undersökning har man funnit dels förändringar af kärlen i form af en endarteriitis obliterans (Goldschmidt) dels och oftast degenerationer af de till det brandiga området gående nerverna, dels slutligen saknas alla sådana förändringar, och har man då måst taga sin tillflykt till antagandet af en kärllkramp, af en vasomotorisk neuros. Bland orsakerna, som kunna framkalla lidandet, anföras nutritionsrubbningsar i följd af betydliga kroppsliga ansträngningar, kloros och anämi, kron. inflammatoriska sjukdomar och akuta infektionssjukdomar, isynnerhet tyfoid och malaria, vidare hysteri, neuriter, samt hjern- och ryggmärgslidande.

Granska vi det anförda fallet i dessa hänseenden, så kan i kausalt hänseende intet upptäckas, som möjligen kunde gifvit upphof till branden; pat. var en frisk, kraftig qvinna, ej på något sätt öfveransträngd, ej hysterisk eller nervöst belastad, hade ej genomgått någon sjukdom på mycket länge; utan minsta upptäckbara anledning utvecklas inom några dagar under häftiga smärtor en djupgående gangrän hos henne, och denna gangrän är det enda sjukliga symptomet, som kan upptäckas, om man undantager

en lindrig feber de första dagarne, som dock snart försvann. Denna bild är onekligen ovanlig, och man frågar sig, hvar rubbningen i fallet torde sitta. Förändringar i kärlsystemet torde väl näppeligen i fallet kunna antagas vara med i spelet, då en trombos med så absolut symmetrisk gangrän å båda sidor ej gerna torde vara möjlig, och en endarteriitis, som man funnit vid Raynauds symmetriska gangrän, är ej heller sannolik hos den unga friska qvinnan. Sannolikare torde vara, att rubbningar i nervsystemet framkallat sjukdomsbilden. Derfor tala symmetrien, smärtorna, anästesien, men, om den kausala processen är en primär symmetrisk dubbelsidig neurit eller en förändring af de mera centrala delarne, torde ej kunna afgöras. För sistnämnda möjlighet talar, synes mig, symmetrien, som man har svårt att förklara fullt tillfredsställande på annat sätt; den måste dock i ty fall hafva varit af öfvergående art och mycket begränsad i omfång, då restitutio ad integrum, om man undantager en djup ärrbildning, inträdt; symptomer har den ej gifvit, då särskildt i detta hänseende anställda noggranna undersökningar gäfvit absolut negativt resultat. Huruvida denna rubbning i de centrala delarne framkallat en kramp i kärnen eller, såsom mig synes sannolikare, en neurit i de till de gangränösa partierna gående nerverna, är ej möjligt att med säkerhet afgöra. För sistnämnda möjlighet synes mig dock tala dels smärtorna dels anästesien. Äfven vid en vid akuta ryggmärgsaffektioner uppstående akut decubitus har man ju funnit en degeneration af de perifera nerverna till de angripna områdena, och onekligen närmar sig mitt fall i mycket denna process. Fallet är anmärkningsvärdt och sällsynt, och har jag därför ansett detsamma värdt att demonstreras trots det dunkel, som herskar öfver anledningen till processen.

Om Euphorin

af

H. KÖSTER.

I Therapeutische Monatshefte 1890 p. 452 rekommenderas af SANSONI lifligt ett nytt medel *Euphorin* eller *phenylurethan*, $(\text{CO} \begin{matrix} \text{OC}_2\text{H}_5 \\ \text{NH}(\text{C}_6\text{H}_5) \end{matrix})$, som uppstår genom inverkan af klorcolsyrad etyleter på anilin. Det är ett hvitt kristalliniskt pulver af något aromatisk lukt, smaken är ytterst obetydlig, skulle enl. SANSONI efter en stunds förlopp påminna om kryddnejlikor, hvilket dock ej tyckes vara fallet med det af mig använda pulvret, hvilket erhållits från Merck i Darmstadt. Det är olösligt i vatten, lättlösligt i alkohol och blandningar af alkohol och vatten.

Medlet är relativt ofarligt enligt af SANSONI utförda försök; insprutning af 4 gm i peritoneum på en hund om 10 kgm medförde inga allvarsamma symptom, och först 5 gm af medlet, genom sond infördt i magen på en kanin, dödade djuret efter 5 timmar under symptom af kollaps, sjunkande temperatur, tilltagande svaghet, känslolöshet och försvinnande af reflexerna. Till och med stora doser utöfva ingen inverkan på blodtrycket (bestämdt genom försök på hundar), aldrig förändras blodet eller bildas methämoglobin i detsamma till och med vid dödliga förgiftningar, efter direkt införande i blodet förändras ej dettas spektroskopiska förhållande. I urinen finnes hvarken phenol eller anilin, möjligen ökas urinämneafsöndringen något.

I terapeutiskt hänseende skulle detsamma visat gynsamma verkningar såsom antitermiskt och antiseptiskt medel och äfven ehuru mindre utprägladt, såsom antireumatiskt och antineuralgiskt medel. Såsom antithermicum skulle det snabbt sänka temperaturen inom $\frac{1}{2}$ —1 timme, i undantagsfall steg den efter medlets intagande nära $\frac{1}{10}^0$ för att derefter sjunka betydligt, temperatursänkningen åtföljdes af en känsla af värme jämte rik-

lig svettning, maximum af temperatursänkningen nåddes efter 3 timmar, någon gång först efter 6 timmar, och verkan varade 5—7 timmar, sällan mindre, ofta längre, ända till 9—14 timmar, och då steg temperaturen under frossbrytningar hastigt. Någon gång observerades, isynnerhet i fall med hög feber och intensiv frysning, sänkning, under den normala medelhöjden. I allmänhet hade medlet inga obehagliga biverkningar, patienterna mådde väl, endast sällan uppträdde cyanos, puls och andning influerades ej, aldrig uppträdde kollaps, på själfva sjukdomen såsom sådan hade medlet ingen inverkan. Såsom antirheumaticum kom medlet smärtorna att försvinna hastigt, likaså febern, i kroniska fall hade det endast obetydlig inverkan. Såsom analgeticum verkade det utmärkt ibland, vid neuralgier i egentlig mening endast obetydligt.

ADLER (Wiener med. Wochenschrift 1891 N:o 17) erhöll med euphorinet god verkan i flera fall af neuralgier, hufvudvärk, mindre säker sådan vid akut reumatism, men förbättring i alla fall af kronisk ledgångsreumatism och muskelreumatism. Äfven i 2 fall, i hvilka medlet användes såsom febernedsättande medel, erhöll förf. goda resultat, och rekommenderar han derför detsamma varmt.

På grund af de nämnda loforden och medlets flersidiga användbarhet har jag anställt en rad af försök med detsamma, och dervid pröfvat dess verkan dels såsom febernedsättande medel, dels vid akut ledgångs- och muskelreumatism dels vid neuralgier och hufvudvärk. Den vanliga dosen har varit 0,40 gm 3—4 ggr dagligen, gifvet i pulverform i litet vatten, endast i undantagsfall var dosen lägre, 0,20 gm. Hvad medlets allmänna verkningar beträffar, så kan jag bekräfta SANSONIS uppgifter. Aldrig, trots upprepade undersökningar i detta hänseende, har jag kunnat observera någon inverkan på puls eller respiration, obehagliga biverkningar finnas ej heller anmärkta; endast en gång observerades en lindrig cyanos; i ett par fall klagade pat., då medlet framkallat en betydlig sänkning af temperaturen, öfver en känsla af mattighet, utan att dock i något fall, ett enda möjligen undantaget, utpräglade kollapssymptom uppträdt, medlet fördrogs utan minsta reaktionssymptom af ventrikeln, aldrig besvärades pat. af några subjektiva obehagliga förmimmelser. Deremot

har jag hvarken kunnat konstatera den af S. angifna värme-känslan, utom i ett fall af en neuralgia ischiadica, eller rodnad af huden, som äfven ofta skulle uppträda.

Medlet har pröfvats i omkring 90 fall.

Dess *temperaturnedsättande verkan* pröfvades i 42 fall vid de mest skilda sjukdomsprocesser (Angina tonsillaris, Tuberculosis Pulmonum, Pneumonia acuta, Febris typhoides, Influenza, Endocarditis acuta m. fl.). Patienterna erhöilo vanligen medlet omedelbart efter verkställd mätning på obetydligt varierande tider, hvar efter temperaturen mättes hvar halftimme eller hvar timme, så länge detta kunde ske utan att alltför mycket oroa patienterna; mätningarne skedde alltid i rectum, för att så mycket som möjligt undvika tillfälliga fluktuationer i resultaten, som ju lätt uppstå vid mätning i armhålan. Omkring ett 100-tal dylika seriemätningar utfördes. Omdömet om medlet i detta hänseende kan sammanfattas derhän, att det visat sig vara ett kraftigt febernedsättande medel.

Temperaturnedsättningens storlek varierar dock högst betydligt, så att någon bestämd regel för medlets verkan knappast låter uppställa sig. Det torde i detta hänseende ej väsentligt skilja sig från öfriga febermedel, hvilka ju äfven visa liknande variationer i olika fall; dock förefaller det mig, som om variationerna vid euphorinets användande vore större, än man är van finna vid användandet af antifebrinet och antipyrintet.

Minsta remissionen visade ett fall af feber hos en anämisk qvinna (sannolikt ett fall af en angina nosocomialis, emedan någon orsak till febern ej kunde upptäckas, och nämnda sjukdom vid denna tid var tämligen allmänt utbredd bland patienterna), i hvilket temperaturen ej sjönk mer än $0,30^{\circ}$, nämligen från $39,2^{\circ}$ — $38,9^{\circ}$. Största remissionerna uppgingo till $3,6^{\circ}$, såsom t. ex. i följande fall.

1. Tuberculosis: 6,30 e. m. $40,3$ ($0,40$ E.)

7,30 " 38°

8,30 " 37°

9,30 " $36,7^{\circ}$

I allmänhet var dock temperatursänkningen ej så betydlig och öfverskred vanligen ej $1,5^{\circ}$ — $2,5^{\circ}$. Hvilka omständigheter dervid invercade, har jag ej kunnat vinna någon klarhet om.

SANSONI uppger, att det tycktes, som om sänkningen blefve desto betydligare, ju högre temperaturen var; en hel del observationer tala onekligen för att så ofta tyckes vara förhållandet. Så t. ex. för att nämna blott ett fall, följande observation:

2. Febris typhoides:

²⁸ / ₁₀	kl. 7,30	f. m.	40 ⁰ ,	maximum af sänkning	kl. 10,30	f. m.	37,5	(2,5 ⁰)	
²⁹ / ₁₀	»	6,30	e. m.	40,1	»	»	»	9,30 e. m. 38 ⁰	(2,1 ⁰)
³⁰ / ₁₀	»	8,30	f. m.	39,8	»	»	»	10,30 f. m. 37,8	(2 ⁰)
³¹ / ₁₀	»	7,30	»	38,8	»	»	»	8,30 »	37,8 (1 ⁰)
	»	6	e. m.	40,4	»	»	»	8 »	38 2 ⁰ (2,2 ⁰)

Dock visa andra fall, att så ej alltid är förhållandet, och att den nämnda regeln därför gäller endast med talrika undantag.

Ej heller tyckes sjukdomens natur utöfva någon inverkan på febernedsättningens storlek, i det den ena gången i samma sjukdom erhålles en större sådan, i ett annat fall en mindre. Otvifvelaktigt inverka härvid individuella förhållanden och andra okända faktorer väsentligt. Särskildt visar sig i fråga om de akuta pneumonierna, att medlet visserligen en och annan gång visar en kraftig temperaturnedsättande verkan äfven under sjukdomens höjdstadium, såsom i t. ex. följande fall:

3. Pneumonia acuta (3:dje dagen)

kl. 7	f. m.	38,8	kl. 11	f. m.	37,7
» 7,30	»	39,7 (0,40 gm E.)	» 11,30	»	37,5
» 8	»	39,1	» 12	»	37,4
» 8,30	»	38,8	» 12,30 e. m.	»	37,2
» 9	»	38,3	» 1	»	37,2
» 9,30	»	37,7	» 1,30	»	37,5
» 10	»	37,3	» 2	»	38,2
» 10,30	»	37,4	» 6	»	39,8 ⁰ ,

men i allmänhet gäller om euphorinet detsamma som i fråga om öfriga febermedel, att dess verkan vid detta lidande under sjukdomens höjdstadium är obetydlig och hastigt öfvergående, och att starkare remissioner först erhållas, då tiden för krisen nalkas. Vid tyfoidfieber åter erhöles i allmänhet en ganska kraftig sänkning af temperaturen, oftast uppgående till 2⁰, i ett fall till och med ända till 3,4⁰, och samma gäller om öfriga akuta infektionssjukdomar.

Temperatursänkningen börjar vanligen redan kort tid efter medlets intagande och fortgår derefter längre eller kortare tid.

Variationerna i sistnämnda hänseende äro rätt betydliga, medan nästan konstant temperatursänkning kunde konstateras redan inom loppet af första timman. Endast i tvenne fall inträffade ej en sådan:

Tuberculosis pulmonum:

4. Kl. 5 e. m. 39,4 (0,40 gm E.)	5. Kl. 5 e. m. 39,6 (0,40 gm E.)
» 6 » 39,4	» 6 » 39,6 ⁰
» 7 » 38,3	» 7 » 38,7 ⁰
» 8 » 38	» 8 » 37,8 ⁰
» 9 » 38,4	» 9 » 36,8 ⁰
	» 10- » 37 ⁰ ,

medan vid öfriga försök å samma patienter äfven första timman temperaturen började sjunka. Vanligen var sänkningen störst under loppet af första timman, men i talrika fall var sänkningen större under 2:dra timman än under första. Redan i de först anförda fallen 1 och 3 finna vi exempel härå, och ännu mera utprägladt visade sig förhållandet vara i t. ex. följande fall:

6. Febris typhoides:

kl. 7,30 f. m. 40 (0,40 gm E.)
» 8,30 » 37,8
» 9,30 » 37,6
» 10,30 » 37,5
» 11,30 » 38 ⁰

7. Tuberculosis pulm.:

kl. 7,30 f. m. 39,2 (0,40 gm E.)
» 8,30 » 39
» 9,30 » 37,2
» 10,30 » 37 ⁰
» 11,30 » 38 ⁰

Endast i undantagsfall iaktogs, att sänkningen var störst under loppet af 3:dje timmen, såsom t. ex. i följande fall:

8. Febris typhoides: kl. 2,30 e. m. 38,5	kl. 7,30 e. m. 40
» 3,30 » 38,7	» 8,30 » 39,5
» 4,30 » 39	» 9,30 » 38 ⁰
» 5,30 » 40,6	» 10,30 » 38,1
» 6,30 » 40,1 (0,40 gm E.)	

Temperaturens sjunkande fortsatte, såsom nämnts, under olika lång tid. Maximum af temperaturnedsättningen nåddes vanligen efter 2 till 3 timmar, hvarefter under resp. 3:dje och 4:de timman en stegring åter börja visa sig. I enstaka fall inträffade emellertid en stegring redan så tidigt som under 2:dra timmans förlopp, såsom t. ex. i följande fall af

9. Tuberculosis pulmonum: kl. 5 f. m. 39,2 (0,40 gm E.)

» 6,30 » 37,4
» 7,30 » 38,3 ⁰

eller först under loppet af 5:te resp. 6:te timman efter medlets intagande, såsom i följande fall af

10. Tuberculosis pulmonum:			
kl.	5	f. m.	39,6 (0,40 gm E.)
»	6	»	38,7
»	7	»	37,8
»	8	»	36,8
»	9	»	36,8
»	10	»	37 ⁰
11. Tuberculosis:			
kl.	7	f. m.	40,4 (0,40 gm E.)
»	7,30	»	40,2
»	8	»	39,8
»	8,30	»	39,2
»	9	»	39,4
»	9,30	»	39,4
»	10	»	39,1
»	10,30	»	38,9
kl.	11	f. m.	38,7
»	11,30	»	38,9
»	12	»	38,9
»	12,30	»	39,2
»	1	»	39,4
»	1,30	»	39,5
»	2	»	39,7

äfvensom i den i fall 3 funna serien, men dessa fall voro, såsom nämts, undantagsfall.

Sedan maximum uppnåtts, stiger temperaturen vanligt raskt. I intet fall har jag kunnat observera ett längre kvarstående vid den en gång uppnådda temperaturen, utan densamma når snart nog åter sin ursprungliga höjd eller åtminstone ej långt derifrån. Såsom exempel på det anförda må följande fall anföras:

12. Febris typhoides:		13. Pneumonia acuta:	
kl.	7,30 f. m.	39,8	kl. 5,30 e. m.
»	8,30	» 39,8 (0,40 gm E.)	» 6,30
»	9,30	» 38 ⁰	» 7,30
»	10,30	» 37,8	» 8,30
»	11,30	» 37,8	» 39,7 ⁰
»	12,30	» 39,5	
»	1,30	» 40,5	

I ett och annat fall kvarstod sänkningen möjligen 1 eller högst 2 timmar, dock bilda dessa undantag från den vanliga regeln.

Temperaturens stigning sker i allmänhet, utan att pat. deraf erfara något väsentligt obehag. Endast i trenne fall, trots noggranna förfrågningar i detta hänseende, hafva patienterna uppgifvit, det de erfarit frossbrytningar under densamma, i de flesta tyckes den hafva försiggått utan annat symptom än ökad värmekänsla. Äfven i öfrigt tycktes allmänna befinnandet ej, såsom

förut nämns, rubbas af medlet. Vanligen åtföljdes temperaturens nedsättning af en rikligt svettsekretion, som visserligen ej var angenäm för patienterna, men dock fördrogs rätt bra. Särskildt kollapssymptom observerades ej i mera än ett fall af tuberculosis pulmonum, i hvilket därför den mindre dosen af 0,20 måste användas, och äfven då med god verkan, men utan så stark svaghetskänsla. Cyanos observerades äfven hos denna patient, eljest aldrig. Å andra sidan uppgåfvo en hel del af patienterna, att de efter medlets intagande kände sig subjektivt bättre, särskildt gälde detta om fall, i hvilka svår hufvudvärk åtföljde febern; denna försvann samtidigt med temperaturens sänkning, och äfven andra subjektiva diffusa smärtor i kroppen, som man ju ofta finner vid infektionssjukdomar, särskildt vid angina, lindrades ej oväsentligt efter medlets intagande.

På det hela taget tyckes därför euphorinet vara ett kraftigt febermedel och såsom sådant ganska användbart på grund af dess frihet från oangenäma biverkningar. Dock inskränkes dess betydelse såsom sådant ej oväsentligt af dess något osäkra verkan. Det har ej sällan händt, att hos samma patient ena dagen temperaturnedsättningen varit högst betydlig, andra dagen betydligt mindre, utan att det var möjligt upptäcka någon anledning härför.

Vid hufvudvärk af de mest skilda anledningar har euphorin försökts i 20 fall. I dessa har densamma försvunnit fullkomligt omedelbart efter medlets användande i 3 fall, (ett af hemikrani, och ett af en tillfälligtvis uppträdande hufvudvärk hos en patient, som förut lidit af en meningitis cerebialis med efterföljande atrofi af n. opticus, samt i ett fall af kron. hufvudvärk hos en pat. med degeneratio cordis), förbättrats i 6 fall, men kvarstått oförändrad i de öfriga. I allmänhet har i de senare fallen förbättring inträdt genom annan behandling, och i flere fall har antifebrinet resp. antipyretinet verkat, der nu ifrågavarande medel visat sig overksam. Särskildt vid de former af hufvudvärk, som bero på periferiska förtjockningar omkring nerverna och i underhudsbindväfven, som ofta häfvas genom massage, och vid hvilka ofta antifebrinet visar tydligt utpräglad gynsam inverkan, har jag ej kunnat konstatera någon sådan. Dock må å andra sidan framhållas, att i ett fall af degeneratio cordis med lång-

varig envis hufvudvärk, i hvilket antipyrin och antifebrin ej visade någon inverkan, hufvudvärken försvann omedelbart efter intagandet af euphorin, fastän den efter längre eller kortare tid återkom.

I allmänhet torde man därför kunna säga, att medlet i detta hänseende är ej obetydligt underlägset våra andra vid hufvudvärk brukliga medel. Sist omnämnda fall visar dock, att det samma en och annan gång kan utöfva gynsamt inflytande, då antifebrin och antipyrin visa sig vara överksamma.

Vid neuralgier, hufvudsakligen ischias, har euphorinet försökts i 11 fall, i allmänhet med obetydlig eller ingen verkan. Att medlet dock äfven här kan hafva gynsamt inflytande, visade ett fall af ischias, i hvilket värken under dagens lopp under bruk af euphorin totalt försvann, men återkom under nattens lopp. Då pat. slutligen fick pulvret äfven under nattens lopp, försvann slutligen värken alldeles, dock först efter någon tids bruk. Nu omnämnda patient angaf, att, kort innan värken försvann, han erfor en känsla af värme i benet mycket kort tid efter pulvrets intagande, en observation, som dock står alldeles enstaka, då jag ej hos någon af de öfriga patienterna kunnat konstatera något liknande. Äfven i ett annat fall af ischias försvann värken omedelbart efter det första pulvrets intagande, men återkom efter några timmars förlopp, och i allmänhet tyckes dess smärtstillande verkan ej vara synnerligen långvarig. Att en sådan finnes, visa emellertid otvetydigt de två nu nämnda fallen, ett direkt läkande inflytande på processen tyckes detsamma deremot ej hafva. Dess framtid såsom antineuralgicum torde därför ej vara synnerligen stor.

Vid reumatism har medlet pröfvats i 14 fall af akut ledgångsreumatism och i 7 fall af akut muskelreumatism.

Vid den akuta ledgångsreumatismen sjönk temperaturen hastigt nog. Inom 4—5 dagar voro patienterna vanligen feberfria. Likaså lindrades värken i de flesta fall ej obetydligt och försvann i flera fall alldeles, dock fordrades i allmänhet härför ett betydligt längre bruk af medlet, än fallet vanligen är vid salicylbehandling. I flera fall försvunno utgjutning och ömhet i lederna, men en lindrig värk kvarstod, som ej gaf vika för euphorinbehandlingen, utan först vid användande af salicylas na-

tricus. I ett fall inträffade till och med, oaktadt medlet användts längre tid, att ny svullnad af andra leder än de först angripna tillstötte. Totalintrycket af behandlingen med euphorin vid akut reumatism var därför ej gynsam. Visserligen egde det ett tydligt inflytande på sjukdomen, men detta var betydligt underlägset den verkan, man är van att finna vid salicylbehandlingen, och ej heller här torde, trots friheten från alla de obehagliga biverkningar, som vidlåda användandet af salicylsyradt natron, medlet hafva någon egentlig framtid.

Äfven vid akut muskelreumatism var verkan visserligen i ett och annat fall tillfredsställande, men på det hela taget lemnade det äfven här mycket öfrigt att önska. I de flesta fall befriades patienterna först från smärtorna efter användandet af annan medikation i form af salicylsyradt natron, bad, massage.

I korthet sammanfattadt kan man alltså säga om euphorinet, att det ej fyller någon lucka i vår materia medica. Medlet är rätt användbart såsom febermedel på grund af dess i allmänhet kraftiga temperaturnedsättande verkan och dess frihet från obehagliga biverkningar; dock är dess verkan äfven i detta hänseende osäkrare, än man är van finna att vid användande af exempelvis antifebrin och antipyrin; och detsamma torde näppe- ligen kunna ersätta de sistnämnda preparaten. Såsom sedativum och antirheumaticum är dess verkan mindre framträdande och betydligt underlägset våra andra i detta hänseende brukliga medel.

I ett fall inslående till och med, oaktadt medelst angrepp
 på det allmänna, så är det att säga, att de för närvarande
 tillståndet, förhållandet till behandlingen med uppgift till det
 momentan var det för ett ögonblick. Västergötlands och det för till-
 ständigt inslående af sjukdomen, men detta var betydligt mindre,
 och det verkan, när det var ett annat vid sjukvårdningen och
 af det för till ständigt inslående, men alla de obehagliga be-
 verkningar som vidhålls, användande af saltsyra vid nation,
 medelst detta nation genom behandling.

Allt vid den medicinska lärovetenskapen var vid tiden inslående i en
 och annat fall tillståndet, men till det för till ständigt inslående
 det för till ständigt inslående, men till det för till ständigt inslående
 patienterna för till ständigt inslående eller användande af någon me-
 dicin i form af saltsyra vid nation, bad, massage.

I förhållande sammanfattning kan man säga om sjukdomen,
 att det är ett till ständigt inslående, ett annat inslående, Medicin är
 till användande såsom förmedling till grund af dess i allmänhet
 till ständigt inslående, verkan och dess för till ständigt inslående
 på den sjukvårdningen; dock är det verkan även i detta hän-
 sändet, att man är van försä om vid användande af
 medicinska medel och angrepp; och det samma för till ständigt inslående
 liksom kunnat erhållas de sjukdoms förhållanden. Såsom sedatum
 och angrepp i form af saltsyra vid nation, bad, massage och
 betydligt underkastat till ständigt inslående, bad, massage.

Medelst detta nation genom behandling.

Allt vid den medicinska lärovetenskapen var vid tiden inslående i en

och annat fall tillståndet, men till det för till ständigt inslående

det för till ständigt inslående, men till det för till ständigt inslående

patienterna för till ständigt inslående eller användande af någon me-

dicin i form af saltsyra vid nation, bad, massage.

Ett fall af cerebral pseudo-bulbärparalys.

Af H. Köster.

Man har länge ansett den af Duchenne beskrifna *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile, du palais et des lèvres* eller, såsom Trousseau benämde den, den progressiva bulbärparalysien vara uteslutande ett uttryck för en lesion af medulla oblongata och dess kärnor. På sista tiden har man dock kommit underfund med, att liknande symptombilder kunna uppstå på grund af en lesion, som då antingen varit unilateral med säte i pons eller uppträdt bilateralt i de båda hjernhalfvorna. Antalet dylika observationer är emellertid icke så stort, att ej följande fall förtjenar att anföras.

O. J. 58 år, arbetare. Int. d. $\frac{30}{4}$ 92, utskrifven d. $\frac{23}{6}$ något fbd.

Anamnes: Inga hereditära anlag. Pat. har alltid varit fullt frisk, har visserligen förtärt spirituosa, men alltid mycket måttligt. Lues förnekas. Patientens arbete har ej varit öfvermåttan ansträngande och har ej i någon betydligare grad utsatt honom för förkylning. För ung. 1 månad sedan träffades pat. utan föregående illamående af ett slaganfall, som fullständigt förlamade venstra sidan. Enligt anhörigas uppgifter skulle sensibiliteten äfven varit nedsatt å samma sida och munnen varit sneddragen, så att venstra mungipan hängde ned; pat. kunde tala, om också något sludrande, kunde tugga och svälja och var fullt redig, synen visade inga rubbningar, hörseln var oförändrad. Efter några dagar var förlamningen i extremiteterna borta, deremot kvarstod en lindrig snedhet af ansigtet. Småningom har dock pat. blifvit fullt återsteld, om man undantager, att talet sedan dess alltid varit något otydligt. Nattem till den 26 April träffades pat. åter lika plötsligt af ett slaganfall; han hade ej känt något illamående, ingen huf-

vidvärk eller parästesier. Högra armen förlamades denna gång, men ej benet å samma sida. Han kunde nu ej tala, ej röra underkäken eller tungan, men förstod väl tilltal. Pat. kunde ej svälja, han måste matas med tunnflytande föda, som dock ofta kom i vrångstrupen. Inga ryckningar eller andra retningssymptom hafva förekommit, likaså ej syn- eller hörselrubbingar. Blåsa och rectum funktionerade normalt. Ingen feber.

Status praesens d. $\frac{1}{5}$ 92. Pat. är ganska kraftigt byggd. Hull och muskulatur numera dock något reduce-
rade. Ansigtstrycket något lidande och liksom förstel-
nadt. Tungan starkt belagd, stark fetor ex ore. Pat.
kan ej svälja, utan måste matas med sond, emedan födo-
ämnena eljest komma i vrångstrupen eller uttränga genom
näsan. Sönnen är dålig, afföringen trög. Urineringen för-
siggår normalt, urinen är klar, ljusgul, håller ett spår
albumin. Pulsen är full och jämn, 48 slag i minuten.
Respirationsfrekvens 20 i min.

Pat. förnimmer tidt och ofta en känsla af qväfning,
beroende på omöjligheten för honom att hosta upp samladt
slem.

Patientens intelligens är fri, och han är fullt redig.
Han kan ej tala, men visar genom gester, att han fullkom-
ligt förmår uppfatta, hvad som säges honom. Lynnet är
nedstämdt, första dagarne föll han flera gånger i gråt.

Han kan, såsom nämts, ej tala; vid försök dertill mär-
kas endast oartikulerade ljud med nasal klang och sam-
tidig kolossal luftförbrukning, hvarför pat. endast kan
framstötta några få sådana ljud, innan han ånyo måste
andas. Likaså är det honom omöjligt att hosta, i det dervid
luften utströmmar ytterligt hastigt och endast en hes an-
tydan till hosta uppstår.

Vid undersökning af kranialnerverna märkes följande.
Lukten är ej märkbart försvagad, pat. anger med lätthet
skillnad mellan olika saker. Synfälten äro af normal ut-
sträckning, synskärpan utan anmärkning. Ögonens rörelser
normala, dock tyckes det ibland, som om pat. hade svårt
att konvergera ögonen. Ingen strabism eller nystagmus,
pupillerna reagera för ljus och ackommodation, om också
trögt, och äro lika stora. Sensibiliteten i ansigtet är nor-
mal, likaså munslemhinnans sensibilitet, i det pat. fullt rik-
tigt uppger, om man vidrör tunga, gom eller tandkött.
Han kan med god kraft bita ihop tänderna samt föra

underkäken framåt och åt sidorna. Tidt och ofta slutas käkarne liksom krampaktigt och kunna först efter en kort stund öppnas igen. Hörseln är normal. Pannans och ögonlockens rörelser äro normala, dock tyckes högra ögonbrynet stå något lägre än det venstra, skillnaden är dock obetydlig. Munnens rörelser äro betydligt minskade, isynnerhet å högra sidan, mungiporna stå lägre än normalt, isynnerhet den högra, som dessutom står något lägre än den venstra, nasolabialvecken äro grundare än normalt, äfven här det högra mera än det venstra. Ansigtets muskler äro dock ej fullständigt paralytiska, ty en rest af rörlighet, något större å venster sida, kvarstår. Mjuka gommen hänger slappt ned och sammandrages ej vid retning. Ingen atrofi af ansigtsmusklerne, inga fibrillära ryckningar. Smaksinnet, pröfvadt med socker och salt, tyckes vara normalt. Rösten är afonisk, tal och hosta se ofvan. Laryngoskopisk undersökning kunde ej utföras på grund af omöjligheten att få fram tungan. Denna är nämligen fullständigt förlamad å båda sidorna och ligger som en orörlig klump i munhålan. Inga fibrillära ryckningar i densamma, ingen atrofi, båda hälfterna lika tjocka.

Högra armen är paretisk, pat. kan aktivt utföra endast små rörelser, som ske mycket kraftlöst, passivt åter är rörelsen fri inom de normala gränserna. Muskelkraften i armen högggradigt nedsatt, inga kontrakturer, ingen tremor. Kraften i venstra armen är betydligt bättre, ehuru väl kanske något mindre än normalt, ingen atrofi af eller kontraktur i densamma. Benens rörlighet fullt normal och utan anmärkning.

Vid elektrisk undersökning reagera ansigtets och armarnes muskulatur normalt; tungans elektriska retbarhet blef beklagligtvis ej pröfvad.

Berörings- och smärtsinnet å armarne och benen ej märkbart nedsatta, muskelkänselfinnet och temperatursinnet fullt normala.

Biceps- och tricepsreflexerna kunna ej framkallas tydligt. Patellar- och kremasterreflexerna äro svaga å båda sidor, dorsalklonus finnes ej.

Inga rubbningar från blåsa eller rectum, inga trofiska eller vasomotoriska rubbningar.

Hjerta och lungor fullt normala. Hjerttonerna visserligen något dofva, men rena, och hjertverksamheten är regelbunden och kraftig.

Daganteckningar: $\frac{3}{5}$. Pat. är nu något lugnare; facialisparesen är något minskad, så att pat. nu kan utföra litet större rörelser än förut. Äfven paresen i armen är minskad, så att pat. t. ex. kan skrifva och på detta sätt meddela sig med omgifningen.

$\frac{4}{5}$. Pat. kan börja röra tungan något litet framåt, men ej åt sidorna, kan deremot ännu hvarken svälja eller tala, rösten fortfarande afonisk.

$\frac{6}{5}$. Rörligheten och styrkan i högra armen betydligt ökade. Pat. kan röra tungan friare, dock ej åt sidorna utan endast litet rakt fram, men kan dock ännu ej svälja.

$\frac{16}{5}$. Tungans rörlighet betydligt ökad; pat. kan börja göra små sväljningsrörelser. Sväljningen går lättare, då han ligger. Han kan ännu ej tala något. Facialisparesen betydligt minskad, men kvarstår ännu något. Högra armens styrka tämligen normal. Pat. kan börja hosta med mera klang än förut, rösten mindre afonisk, och talet, som dock ännu består af oartikulerade ljud, mindre ansträngande.

$\frac{19}{5}$. Pat. kan numera svälja och äta själf. Såväl tuggningen som sväljningen gå dock ganska trögt; pat. kan ej med tungan och kinderna hålla födan mellan tänderna, utan gör detta med fingrarne eller skeden eller genom att med handen pressa mot kinden.

$\frac{23}{5}$. Pat. kan nu sträcka tungan ganska långt utanför tänderna, rörelser uppåt och åt sidorna kan han deremot ännu ej utföra. Tuggning och sväljning gå numera obehindradt, och pat. kan hålla födan lättare mellan tänderna. Han börjar att kunna tala något, och rösten är ej längre afonisk, äfven om en viss för stor luftförbrukning dervid kvarstår, tonen nasal. Vokalerna a, e, i och ä gå rätt bra att säga, sämre o, u och å; pat. har nämligen svårt att föra läpparne tillräckligt tillsammans samt att röra tungan. B, d, n har han svårt att säga, m, f, och g äfven otydliga; k omöjligt att uttala. Hosta går bra, laryngoskopisk undersökning visar, att stämbanden sluta normalt och äro normalt rörliga; mjuka gommens rörlighet fortfarande mindre än förut.

Status i Dec. 1892: Pat. ser frisk ut och rör sig ledigt, dock tyckes nu högra underbenet vara något slappt, så att pat. har någon svårighet att slänga fram det. Båda armarne äro lika funktionsdugliga. Sensibiliteten öfverallt normal. Patellarreflexerna ej stegrade och lika starka. Pat. klagar utom öfver svårigheten att tala äfven öfver svårighet att

svälja; bäst kan han göra detta, då han sitter, men äfven då med en viss svårighet. Står han, kommer tuggan lätt i vrångstrupen eller upp i näshålan. En viss svårighet att tugga finnes äfvenledes. Då pat. är i hvila, märkes ingen snedhet af ansigtet, men han kan icke sluta munnen till hvissling; munnen drages då åt venster. Båda mungiporna kunna dragas uppåt, den venstra bäst, deremot kan den senare icke dragas uppåt-utåt. Pat. känner en viss stelhet i venstra halfvan af underläppen. Pannan rynkas endast med en viss svårighet, isynnerhet den nedre delen af pannhuden, tycker han, kännes stel. Han har en känsla af, att det alltid ligger slem å hårda gommen, men han får icke ut något vid harskling. Tungan kan röras i alla riktningar utan svårighet. Vid djup inspiration fladdra uvulan och mjuka gommen, som hänga slappt ned, fram och tillbaka. Pat. kan icke spotta, kan icke suga rök ur pipa. Hans tal är mycket otydligt, och, när han talat en stund, känner han trötthet och smärta någonstädes i pharynx. Fonationsfelen bero på paresen af mjuka gommen, ty alla bokstäfver, för hvilkas uttal en afstängning af näsan fordras, uttalas nasalt, så t. ex. alla vokalerna. Vid o och u blir äfven läpparnes pares tydlig; munöppningen kan icke rundas. B och p uttalas nästan lika, ungefär som ett nasalt m(b)e, f är synnerligen otydligt, nästan som ett övv, m och n gå bättre. D och t uttalas lika, höras som n(d)e, s framstöttes endast med största svårighet, nästan läspande, ibland kan pat. icke uttala det. Vid uttalandet af e fås ett hväsande ljud, r uttalas skorrande otydligt, l är mycket otydligt. G uttalas som ji, k som hå med nasal klang.

I samband med tvenne slaganfall med ung. 4 veckors mellantid finna vi alltså, huru hos vår patient utbildats en symptombild, som i mångt och mycket påminner om de vid den verkliga bulbärparalysen uppträdande förändringarne. Medan nämligen den såsom följd af nämnda attacker i extremiteterna uppkomna paresen försvunnit fullkomligt, kvarstår en förlamning eller åtminstone pares af tungans och ansigtets muskler, särskildt dem, som begränsa munnen. Deremot tyckes den larynxförlamning, som ursprungligen funnits, hafva gått tillbaka fullständigt och till en del äfven mjuka gommens pares. Ty, att en larynxför-

lamning funnits i fallet, synes mig ej tvifvel underkastadt; den afoniska stämman, den kolossala luftförbrukningen vid talet, omöjligheten att hosta och förtära föda, utan att samtidigt en del af densamma inträngde i larynx, bevisa detta, äfven om dess påvisande genom laryngoskopisk undersökning ej lyckades, och sedermera utförd sådan visade, att paresen försvunnit. Deremot saknas åtskilliga af de för akut bulbärrparalys karakteristiska symptomen, i det hvarken atrofi af tungans och läpparnes muskler eller fibrillära ryckningar och förändringar af den elektriska retbarheten uppträdt.

De frågor, man i detta fall har att besvara, äro, af hvad art äro lesionerna, och hvar sitta desamma.

Den första frågan är ofta ej så lätt att besvara. Man har att välja på grund af den vid, som det tyckes, full helse akut inträdande attacken mellan en emboli, en trombos och en hämorrhagi.

I detta fall torde vi utan vidare kunna utesluta den första möjligheten, då ingen källa för en embolus kunnat upptäckas hvarken i hjertat eller i andra organ. Att åter med bestämdhet afgöra, om en trombos eller hämorrhagi förelegat, torde ej vara möjligt. Båda kunna inträffa hos äldre personer och bero på samma kärlförändringar, vid båda finnes ofta en svag hjertverksamhet; i allmänhet kan man väl säga, att shoken med förlust af medvetandet vid en plötslig hämorrhagi är våldsammare än vid en trombos, men detta gäller dock endast för den händelse, att förstöringen är något så när betydlig, vid mindre dylika processer torde shoken i båda fallen vara obetydlig, och därför äfven detta kriterium bortfalla. Naturligtvis ega äfven patientens ålder, konstaterandet af syfilis och dylikt en viss betydelse; en afgörande sådan för den ena eller andra möjligheten eger dock intet af dem.

I hvarje händelse torde man dock kunna säga, att shoken och förlusten af medvetandet äro desto betydligare, ju större det förstörda hjernpartiet är. I föreliggande fall

torde vi därför med säkerhet kunna antaga, att lesionen varit mycket obetydlig och af liten utsträckning vid båda anfällen. Ty af uppgifterna från anhöriga framgår, att patienten båda gångerna varit full redig och ej förlorat medvetandet. Han var första gången fullt redig och kunde tala omedelbart efter anfallet, andra gången var talförmågan borta, men han förstod allt, hvad som sades; det enda symptomet var ena gången pares och möjligen sensibilite-rubbning å venster sida, den andra gången pares af högra armen samt de pseudo-bulbära symptomen.

Frågan är då, hvar sitter i detta fallet lesionen. A priori torde man på grund af symptomens likartade beskaffenhet vid de båda anfällen kunna antaga, att de resp. lesionerna sitta å symmetriska ställen i centrala nervsystemets båda halvvor. Såsom af det nyss sagda framgår, måste vi antaga, att anledningen till slaganfällen båda gångerna måste varit en liten härd. Deraf följer, att densamma måste hafva setat å ett sådant ställe, att den uppträdt i eller nära ett parti, der de motoriska banorna löpa nära hvarandra, då eljest en dylik liten härd ej gerna kunnat gifva anledning till de hemiplegiska symptomen. Sålunda kunna vi med största sannolikhet antaga, att densamma ej är att söka hvarken i barken eller i centrum semiovale. Ty centrum för de vid första slaganfallet paretiska delarne motsvaras såsom bekant af ett område, som sträcker sig öfver hela centralgyri, och vid senare anfallet af de undre $\frac{2}{3}$ af nämnda gyri. En så utbredd lesion kan ej gerna tänkas hafva förekommit, ej heller någon sådan i delarne af centrum semiovale omedelbart under barken, utan först möjligen längre ner, der de resp. ledningsbanorna närma sig till hvarandra för att bilda capsula internas bakre skänkel. Först här börja de nämnda betingelserna, sammanträngning af de resp. banorna å ett litet område, att finnas, och samma är förhållandet sedan genom pedunculus cerebri, pons och medulla. I någon af dessa delar hafva vi därför att söka stället för de resp. lesionerna. En del af denna sträcka

kan dock utan vidare uteslutas. Såsom af sjukhistorien framgår, var nämligen facialisparesen och extremitetparesen i båda slaganfallen samsidig, hvarjämte aldrig någon rubbning af ögonmuskulaturens funktion kunde förmärkas. På den grund torde vi ega rätt att bestämma, att lesionerna ej kunna hafva sitt säte i pedunculus cerebri eller pons, då förändringar här oftast karakteriseras af s. k. korsade hemiplegier d. v. s. pares af ögonmuskulatur resp. facialis å ena sidan och pares af extremiteterna å den andra. Lesionen vid hvardera anfallet kan därför sökas antingen i medulla oblongata eller i delarne kring capsula interna. Hvad det förra stället beträffar, så synes det mig föga sannolikt, att vi hafva att söka dem der. Funnes lesionerna der, måste de i hvarje händelse hafva lemnat facialis' och hypoglossus' kärna fria, då trots den långa observationstiden hvarken atrofiska eller elektriska rubbningar kunnat konstateras, ej heller kunna de af samma skäl sitta i de från dessa kärnor utgående nervträdarne, utan måste finnas vid sidan af dem. För att under dylika förhållanden framkalla de framträdande symptomen, måste härdarne hafva egt en viss storlek, och det blefve då synnerligen svårt att förklara, att glossopharyngeus ej på minsta sätt visat sig angripen. Man borde dessutom kunnat vänta, att allvarsammare symptom uppträdt vid själfva anfallet, än hvad fallet varit, såsom kräkningar, polyuri, rubbningar af cirkulations- och respirationsorganens funktion, och näppeligen torde väl heller under dylika förhållanden en stor del af de uppträdande pareserna kunnat gå tillbaka så hastigt, som skedde. Endast en sak tyckes vid första anblicken af symptomkomplexen tala för en lesion i medulla, nämligen frånvaron af alla specielt cerebrala rubbningar af talet eller intelligensen. Men, såsom jag nämde, äfven vid cerebrala lesioner kunna dessa symptom saknas, i fall de äro af ringa utsträckning. Det synes mig därför mycket sannolikt, att lesionerna ej äro att söka i medulla oblongata, utan att de finnas i närheten af capsula interna.

Lokalisationen här torde dock kunna än närmare bestämmas. Såsom af sjukhistorien framgår, har den moto-

riska rubbningen varit mera utpräglad i de öfre delarne. Efter första anfallet var benet visserligen paretiskt, men denna pares försvann först och snart, i det andra anfallet var benet å andra sidan alldeles orubbadt. Då vi nu veta, att de motoriska banorna gå i capsula internas bakre skänkel och i denna äro ordnade så, att främst facialis' och sannolikt äfven hypoglossus', derbakom armens och längst bakåt benets banor förlöpa, torde vi ega rätt att antaga, att lesionerna äro att söka i närheten af capsula internas bakre skänkels främre ända och särskildt i närheten af genu capsulae internaе. Ty det enda kvarstående symptomet är en pares af de af facialis och hypoglossus innerverade musklerna, medan armmusklerna å båda sidorna återvunnit sin fulla styrka. Lesionerna måste därför ligga närmare de nämnda nervernas banor, och kunna i hvarje händelse ej ligga i armmusklernas bana, då vi i ty fall hade rätt att vänta en kvarstående pares. Otvifvelaktigt har paresen i extremiteterna varit en följd af en genom lesionen i dess omgivning framkallad cirkulationsrubbning och deraf förorsakad rubbad ledningsförmåga i de resp. banorna.

Deremot torde det blifva svårare att afgöra, om lesionerna sitta i genu eller främsta delen af capsula internas bakre skänkel eller endast i närheten af detta parti. A priori tyckes den kvarstående paresen af de nämnda nervernas muskler tala för en lesion i själfva banan, men å andra sidan förtjenar framhållas, att paresen ej är fullständig, och att följaktligen ej banan i hela dess genomskärning kan vara förstörd. De få sektionsfall af nu beskrifna lidande, som finnas i litteraturen, visa dessutom, att de nämnda symptomen ej nödvändiggöra ett sådant antagande, utan att lesionen kan hafva sitt säte ej i utan i närheten af banorna, och då särskildt i nucleus lenticularis.

Leresche (Étude sur la paralysie glosso-labiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire. Paris 1890) har nämligen för några år sedan samlat de dittills offentliggjorda fallen, hvilkas antal då utgjorde 27. 23 af dessa kommo till sektion; i 12

fanns en lesion ini hjernhemisfererna, som dock var ganska vidsträckt, i 3 fanns en utbredd lesion af hjernbarken, i de öfriga 8 åter var densamma mycket obetydlig och fanns i dessa i de 7 i nuclei lenticulares och i flera fall speciellt i putamen, aldrig deremot i thalamus opticus, och endast i 1 i främre delen af nucleus caudatus; i detta senare var symptombilden dock ej typisk, i det tungan ej var förlamad och symptomen mindre framträdande. I alla dessa fall konstaterades med säkerhet genom mikroskopisk undersökning, att de bulbära kärnorna voro oförändrade, och att sekundär degeneration af pyramidbanan saknades.

Det torde därför ej vara osannolikt, att vi äfven i mitt fall hafva att söka lesionerna i nuclei lenticulares. Säkerhet i detta hänseende kan naturligtvis ej annat än sektionen gifva; dock synes mig det förda resonnemanget vara berättigadt, och den dragna slutsatsen komma sanningen närmast. Å andra sidan må dock framhållas, att Oppenheim och Siemerling i 4 liknande fall funnit små härdar i pons och därför äro benägna anse den beskrifna sjukdomsbilden vara en varietet af den apoplektiska bulbarparalysen; Leresche har dock ej kunnat konstatera dylika i sina fall, och konstant torde därför det nämnda fyndet ingalunda vara.

Huru emellertid en lesion af nucleus lenticularis kan gifva anledning till en qvarstående pares af munnens och tungans muskler, är ännu oafgjordt. Jag vill därför endast framhålla de tvenne möjligheter, som kunna gifva en tillfredställande förklaring å sambandet mellan lesionen och symptomen, utan att, såsom Leresche betonar, kunna afgöra, hvilkendera är den riktiga. Dels nämligen kan nucleus lenticularis tänkas utgöra ett centrum för de nämnda musklerna, dels gå möjligen genom densamma de trådar, som från de nämnda musklernas barkcentrum stråla ner till capsula interna.

Till slut skulle jag vilja påpeka ett egendomligt förhållande i fallet. Såsom af sjukberättelsen framgår, blef

pat. lam i hela venstra sidan efter första anfallet, men denna förlamning försvann, så vidt man kan döma af omgifningens uppgifter, ej blott i extremiteterna utan äfven i ansigtet, så att hvarken talet eller förtärandet af föda var förenadt med minsta svårighet. Vid 2:dra anfallet åter, i hvilket vi på grund af symptomens uppträdande och inskränkning till armen och ansigtet måste antaga, att lesionen i hjernan varit af mindre utsträckning än första gången, uppkom deremot ensidig armpares med samtidig dubbelsidig förlamning af tungans och ansigtets muskler; armparesen försvann, men tung- och ansigtsparesen kvarstod numera å båda sidor. Hur förklara detta anmärkningsvärda faktum? Jag vill i detta hänseende erinra om åtskilliga förhållanden, som man ej sällan ser vid hemiplegier. Karakteristiskt för en sådan uppges ju vara, att i ansigtet endast nedre facialisgrenen är förlamad, medan den öfre grenens muskler äro intakta. Detta gäller dock endast med en viss inskränkning, ty mycket ofta, kanske i de flesta fall, är det möjligt, att under de första dagarne efter anfallet konstatera, att äfven öfre grenens muskler äro paretiska, ehuru denna pares snart försvinner. Likaså går ofta förlamningen i nedre extremiteten mera tillbaka, än hvad fallet är i den öfre extremiteten. Sällsyntheten af kvarstående larynxförlamningar vid hemiplegier är bekant, ehuru man ibland de första dagarne kan konstatera en pares af ett stämband. Detta symptomens förhållande har man ansett sig kunna förklara genom att antaga, att symmetriska muskler, som vanligen arbeta samtidigt och ej äro inöfvade för själfständig kontraktion, oberoende af deras resp. motsvarande muskler å den andra kroppshalfvan, innerveras af båda hjernhalfvorna, medan ju själfständigare och mera oberoende en muskels arbete är af den motsvarande muskels arbete å andra sidan, dess mera ensidig är densammes hjerninnervationen. Uppträder en pares af de förra musklerna å ena sidan, kan därför den felande innervationen småningom till fullo ersättas af innervationen från den friska

hjernhalfvans centrum, medan för de senare musklerna en vikarierande innervation endast med största svårighet utbildas. Just de nämnda musklerna, de af öfre facialisgrenen innerverade, larynxmuskulaturen och till en viss grad äfven benens muskulatur äro sådana muskler, som i de flesta fall arbeta tillsammans och mindre oberoende af hvarandra. Ty otvifvelaktigt är, att de flesta af benens rörelser för ett visst ändamål ej äro ensidiga utan dubbelsidiga och därför mindre oberoende af hvarandra än t. ex. armens rörelser, som oftast äro ensidiga. Å andra sidan äga dock benen större af hvarandra oafhängig rörelseförmåga än t. ex. larynxmusklerna, hvilka aldrig kunna frivilligt arbeta ensidigt, eller öfre facialisgrenens muskler, som endast med en viss, ofta ganska stor svårighet, kunna funktionera endast å ena sidan. Den nämnda hypotesen förklarar därför symptomen vid hemiplegier, beroende på afbrott i själfva centra eller ledningsbanorna, fullt tillfredsställande. Medan vid en total förflamning af armen förbättringen är ganska obetydlig, kan den hvad benet vidkommer vara rätt betydlig, ehuru en restitutio ad integrum sällan inträder, medan en sådan för öfre facialisgrenens muskler och larynx hör till regeln.

I nämnda förhållande finna vi äfven förklaringen till det anmärkta förloppet i mitt fall. De angripna musklerna efter första anfallet äro nämligen sådana, som öfvervägande arbeta samtidigt å båda sidorna. Någon tid efter anfallet har därför den friska hjernhalvvan öfvertagit innervationen af äfven den angripna sidans muskler. Båda sidorna innerverades derefter af denna, men, då ledningen härifrån afbröts, uppträdde ej blott såsom vanligt en pares af den motsatta sidans muskler, utan äfven af de å samma sida befintliga, och denna pares gick derefter ej fullständigt tillbaka, emedan ingen möjlighet längre fanns för ny innervation af de angripna musklerna. Fallet kan därför betraktas såsom ett stöd för riktigheten af nämnda antagande; åtminstone kan ett sådant fullt tillfredsställande förklara förloppet i fallet.

Ett fall af lefvercirrhos med akut peritonealtuberkulos.

Af H. Köster.

Ett fall af lefvercirrhos är ju ingen sällsynthet, och jag skulle ej hafva vågat omnämna efterföljande fall, om detsamma icke erbjudit en komplikation, som, äfven om den förekommer någon gång, dock torde höra till de mindre vanliga vid detta lidande, nämligen en disseminerad peritonealtuberkulos.

Densamma omnämnes utförligare endast af tvenne författare, nämligen Wagner¹⁾ och Mouroux²⁾; i våra vanliga handböcker finnes den, så vidt jag kunnat finna, endast omnämnd hos Strümpell³⁾. Enligt Wagner hade Förster⁴⁾ sett denna komplikation i 3 fall af 31 med lefvercirrhos, Seifert⁵⁾ i 17 fall af 118, och själf hade han sett 10 fall. Mouroux åter beskriver 13 fall af samtidig tuberkulös peritonit och lefvercirrhos; hos dessa funnos i de 11 utbildade symptom af lungtuberkulos.

1) Wagner. Beiträge zur Pathologie und pathol. Anatomie der Leber. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 34, sid. 520.

2) Mouroux. Des rapports de la cirrhose du foie avec la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris 1883.

3) Strümpell. Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie I, sid. 773.

4) Förster. Virchows Archiv. Bd. 75, sid. 85.

5) Seifert. Inauguraldissertation. Leipzig 1882.

En diagnos af lidandet skulle enligt Wagner i flertalet fall kunna ske med sannolikhet och vid utförd punktion kanske med säkerhet på grund af följande hållpunkter: Tydlig tuberkulös hereditet eller tuberkulos i andra organ, höggradig kakexi, hvars typ dock är obestämd, än mera närmar sig den vid enkel lefvercirrhos vanliga än mera den vid tuberkulos uppträdande, ascitesvätskans mängd, som i allmänhet är större vid enkel cirrhos än vid peritonealtuberkulos, exsudatets hämorrhagiska beskaffenhet, som dock ingalunda är konstant vid peritonealtuberkulos, men är mycket sällsynt vid enkel cirrhos, temperaturstegring, måttlig ökning af pulsens hastighet, ömhet af buken, samtidig förekomst af utgjutning i pleurahålorna och ett hastigt förlopp, till hvilket ingen annan förklaring finnes. Ewald⁶⁾ lägger i differentialdiagnostiskt hänseende vikt på förekomsten af ömhet af buken och tuberkulos i andra organ, och Mouroux framhåller ömheten af buken samt eventuellt påvisande af tuberkelbaciller i vätskan.

Sambandet mellan cirrhosen och peritonealtuberkulosen anse de nu nämnda författarne vara det, att cirrhosen är det primära lidandet, tuberkulosen sekundär, i det genom den långvariga stasen förändringar af peritoneum skulle inträffa, som möjliggjorde och gynnade uppträdandet af en tuberkulös infektion af detsamma. Härför skulle framförallt tala, att i de observerade fallen cirrhosen var af jämförelsevis äldre datum, medan tuberkulosen var af färskare art. Å andra sidan finnas dock författare, som, dock endast för vissa fall, antaga, att ett omvänt förhållande eger rum, i det tuberkulosen eller rättare en kronisk tuberkulös peritonit skulle vara det primära och sekundärt gifva anledning till en cirrhos, i det från peritoneum genom portasystemet irriterande ämnen skulle tillföras lefvern och här gifva anledning till en bindväfsutveckling. Sådana

6) Ewald. Realencyclopädie der ges. Heilkunde Bd. XI, Lebercirrhose sid. 646.

fall anföras af Bassi, 7) och äfven Henoch 8) anser, att ett dylikt samband kan finnas i barnåldern. Slutligen framhålls af Fraenkel 9) en tredje möjlighet, nämligen en cirrhos genom tuberkelruption inuti själfva lefvern.

I den svenska litteraturen har jag ej kunnat finna något hithörande publicerad fall.

Det af mig observerade fallet är följande:

J. F. J. 47 år, byggmästare. Int. d. $\frac{20}{7}$ 92, utskrifven död d. $\frac{28}{7}$ 92.

Anamnes: Pat. vet ej af någon sjuklig hereditet inom sin slägt. Han har såsom barn haft mässling och smittkoppor, men för öfrigt alltid varit synnerligen frisk och stark. Han har tills för ungefär 1 år sedan använt spirituosa dagligen i större mängd. För omkring 15-20 år sedan råkade pat. skada sig å högra underbenets framsida, och det sår, som dervid uppstod, läktes visserligen, men har sedermera många gånger utan känd anledning gått upp igen. För ungefär 2 år sedan led pat. en längre tid af heshet, som dock under behandling med inhalationer förbättrades. Snart derefter började buken och benen svullna något, men, då svullnaden snart gick tillbaka, söktes icke läkare. Matlusten försämrades emellertid, så att pat:s föda till slut endast bestod af mjölk, cerealia och dylikt; kräkningar tillstötte, aldrig emellertid blodkräkningar. I våras blef pat. plötsligen intensivt gul i ansigtet, men denna gulfärgning försvann snart igen. Efter en förkylning midsommardagen, som pat. tror, började buken ånyo svälla. Täta urinträngningar påkommo, och några gånger tyckte pat., att urinen var blodblandad. I början af Juli återfick pat. den heshet, han ännu lider af. Då ansvällningen af buken alltjämt tilltog, och äfven svullnad af benen och scrotum utbildades, sökte pat. inträde å sjukhuset. Under sista sjukdomen bröt det förut omnämnda såret å underbenet åter upp och har sedan vätskat kontinuerligt.

7) G. Bassi. Epatite interstiziale da peritonite cronica. Arch. ital. di clin. med. 1889, P. 4. Ref. i Centralbl. f. kl. Med. 1890, sid. 514.

8) Henoch. Ueber Lebercirrhose bei Kindern. Charité-Annalen 1888. Ref. i Centralbl. f. kl. Med. 1889, sid. 370.

9) Fraenkel. Klinische Mittheilungen über Lebertuberculose. Ztschrift f. klin. Med. 1882, sid. 107.

Status præsens d. 20/7 92: Pat., som är sängliggande, är kraftigt bygd med godt hull. Ansigtetsfärgen är ovanligt mörk, scleræ äro blekt guldfärgade, men guldfärgning af huden finnes icke. Pat. klagar öfver svårighet att andas samt öfver heshet, dålig sömn och matlust; afföringen i allmänhet mycket trög. Temp. 38°. Urinen fri från ägg-hvita och socker, omkring 600 kbctm. per dygn.

Vid undersökning tyckes bröstkorgen vara mycket kort och nedre aperturen särdeles vid. Andningen är kostal, något ansträngd, ibland drager pat. djupa suckar, både in- och exspirium äro förlängda, respirationsfrekvensen 24 i minuten. Hjärtedämpningen är liten; relativa dämpningen börjar öfver 3:dje refbenet, och redan i 4:de interstitiet är tonen tympanitisk. Breddämpningen är ej förstörad och når åt venster till något öfver parasternallinien. Tonerna å hjertat och halskärnen utan anmärkning. Pulsen är liten, 120 i minuten. Lungornas nedre gränser stå högre än normalt, eljest anger lungornas undersökning intet abnormt. Buken är betydligt uppdrifven, med utspända vener å öfre delen af buken och nedre af thorax, dess omkrets i navelplanet 128 ctm. Perkussionsfönel är tympanitisk endast i epigastrium, medan för öfrigt öfverallt å buken erhålles matt ton. Vid lägeförändring ändras dämpningsområdena så, att tympanitisk ton erhålles å de högst belägna partierna af buken. Tydlig fluktuation vid transversel perkussion. Någon undersökning af lefvern kunde på grund af bukens spänning ej med säkerhet utföras; mjeltdämpningen förefaller att vara mycket förstörad. Penis och scrotum äro nu ej ansvalda, men väl äro benen, isynnerhet det venstra, ödematösa. På högra underbenet finnes det i anamnesen omnämnda såret, numera täckt af tunn glänsande hud med spridda små ecchymoser.

På e. m. gjordes laparopunktion, hvarvid uttappades 12 liter klar, gröngul vätska. Bukomkretsen efter punktionen var 112,5 ctm. Omedelbart under venstra refbensranden kunde deröfver i mammillarlinien palperas en med respirationen förskjutbar tumör, deremot kunde lefvern icke palperas. Efter punktionen kände pat. sig kry, andningen var lugn och djup.

27/7. Tillståndet, som de första dagarne efter punktionen var något förbättradt, har åter försämrats, i det ascitesmängden ökats och andtappan tilltagit. Derför företogs i dag ny punktion, hvarvid uttömdes 7 liter vätska af samma beskaffenhet som förut.

²⁷/₇. De sista dagarne har pat. lidit af våldsamt singultus. Är i dag soporös.

²⁸/₇. Pat. afled på e. m.

Temperaturen d.	²¹ / ₇	M.	38, ⁰³	A.	38,3
	²² / ₇	"	38 ⁰	"	38,3
	²³ / ₇	"	37,7	"	38,3
	²⁴ / ₇	"	37,6	"	37,8
	²⁵ / ₇	"	37, ⁰⁶	"	37, ⁰⁷
	²⁶ / ₇	"	37, ⁰⁴	"	37,7
	²⁷ / ₇	"	38 ⁰	"	37 ⁵

Sektion d. ²⁹/₇ 92. Liket visar riklig panniculus adiposus, ansigtshuden tämligen mörk, intet ödem, ingen ikterus. Måttlig mängd klar, serös vätska i bukhålan. Vid bukens öppnande faller i ögonen, att hela peritoneum och alla organ i peritonealhålan äro tätt besatta med små från milietill mm.-stora knottror, som sitta tätast å peritoneum parietale, å mesenteriet, lefvern och diafragma, men derjämte äfven finnas spridda öfverallt å tarmarnes serosa, å ventrikelns fram- och baksida samt å omentet, som är sammandraget till en 5 ctm. bred, 2 ctm. tjock valk tvärs öfver buken. Dessa knottror äro för känseln fasta, hårda, de mindre nästan genomskinliga, de större mera hvitaktiga, ogenomskinliga; ingenstädes synes i dessa minsta tecken till ostvandling. De sitta fast i väfnaden, kunna ej afskrapas, utan att substansförlust uppstår i densamma, ingenstädes äro de hopade till större, sammanhängande knölar. Vid genomfallande ljus, såsom i ligamentum suspensorium hepatis, te de sig såsom hvitaktiga, små knottror i den blekröda väfnaden, som dock ingenstädes visar lifligare kärlinjektion eller blödningar. Lefvern är baktill fastväxt vid diafragma, dess kant når ej nedom bröstkorgranden. Den mäter i längd 23 ctm, högra loben framifrån bakåt 17, venter 12 ctm., dess tjocklek är 7 ctm.; den är liten och fast; dess yta visar, utom de förut omnämnda knottorna, ett grumligt seröst öfverdrag och kullriga ojämnheter och fåror, isynnerhet i delarne närmast de fria kanterna, der ojämnna, ända till centimeterdjupa fåror bilda insänkningar i den fria kanten. Vid insnitt kännes lefversubstansen mycket fast, å den blekgula snittytan höja sig talrika blekgula oar af kvarvarande lefversubstans öfver ytan, medan insänkningarne dem emellan intagas af en hvitgrå, fast bindväf, på sina ställen till och med mm.-bred. Acinis teckning är

alldeles försvunnen. Gallblåsan är ej utspänd; den innehåller gul, tunnflytande galla utan konkrementer, gallgångarna äro ej dilaterade. Mjelden når ej framom reftbensranden, dess längd är 17 ctm., dess bredd i främre ändan 13, i bakre 10 ctm., dess tjocklek 7 ctm.; kapseln är något grumlig och tjock, pulpan mörjig, mörkt brunröd utan tydlig teckning och utan tuberkelknottor. Njurarne mäta i längd 14 ctm., i bredd 8, i tjocklek 5 ctm., äro något slappa; kapseln lossar med lätthet, ytan derunder är blåröd, med tydliga stellulæ Verheyne; barken sväller lindrigt, är liksom märgen, som är något mörkare blåröd, af normal bredd, teckning normal. Hjertsäcken är tom, hjertat mäter i bredd 13, i längd 12 ctm., är mycket slappt, högra kammarens muskulatur 3 mm., venstra kammarens 12 mm., muskulaturen gulblek-gråbrun, mycket skör: valvler och mynnningar utan anmärkning. Aortas insida är lindrigt gulspräcklig, intiman lindrigt förtjockad. Pleurahålorna äro tomma, lungorna fria, öfverallt luftförande, nedre loberna visa en mörkt svarttröd snittyta, och lungväfnaden är här möjligen något skör, öfre lobernas snittyta blekröd. Ingenstädes finnas några tuberkelliknande knottor. Bronchernas slemhinna något injicierad. Larynx utan anmärkning. Venerna i oesophagus' nedersta del äro lindrigt svälda, magslemhinnan visar punktformiga blödnings- och riklig slembeläggning. Ingenstädes i tarmslemhinnan finnas några sårbildningar eller ansvällningar af folliklarne. Mesenterialkörtlarne äro icke svälda.

Vid mikroskopisk undersökning af knottorna visade de sig vara typiska tuberkler med synnerligen prydliga mångkärniga jätceller, i hvilka det dock ej lyckades mig trots upprepade undersökningar att påvisa några tuberkelbaciller. Det oaktadt torde ej något tvifvel om de nämnda knottornas tuberkulösa natur kunna uppstå.

Under lifvet hade diagnosen i fallet stälts på en lefvercirrhos, den vid sektionen funna peritonealtuberkulosen var alldeles oväntad. Möjligheten af en diagnos af densamma torde därför förtjena att diskuteras.

Granska vi i detta hänseende de af Wagner uppställda differentialdiagnostiska momenten, finna vi genast, huru svaga de gifna hållpunkterna äro. Finnas de alla, torde nog en diagnos vara möjlig, men en jämförelse mel-

lan dessa och de i mitt fall förekommande symptomen visar, att intet enda af de anförda symptomen, om jag undantager den lindriga temperaturstegringen, ökade pulsfrequensen och möjligen det relativt hastiga förloppet, funnos i detsamma.

Hvarken i anamnesen eller vid undersökningen fanns någon hållpunkt för antagandet af en tuberkulös hereditet eller någon samtidig tuberkulos i annat organ, och sektionen visade äfven, att tuberkulosen var inskränkt utslutande till peritonealhålans serösa beklädnad, medan organerna i densamma ej visade några tecken till tuberkelutveckling. Feber fanns visserligen i fallet, men den var af så lindrig beskaffenhet, att den ej gerna kunde gifva anledning att misstänka närvaro af någon komplikation. Ty äfven vid enkel lefvercirrhos kunna dylika lindriga feberstegringar förekomma, äfven om jag erkänner, att detta endast undantagsvis är fallet och då vanligen först, när processen nått större utveckling, och slutet nalkas. Buken var fullkomligt oöm, pulsfrequensen var visserligen ökad, men att enbart på grund af detta förhållande misstänka en komplikation af denna art torde ej vara möjligt. Slutligen var patientens allmänna nutritionstillstånd mycket godt, ingen tanke fanus på en börjande kakexi; det relativt hastiga förloppet var visserligen anmärkningsvärdt, men torde i diagnostiskt hänseende ej betyda så mycket. Med ett ord, någon bestämd hållpunkt för antagandet af en tuberkulos fanns icke i dessa hänseenden.

Frågan är emellertid, om ej möjligtvis en undersökning af det vid punktionen erhållna exsudatets beskaffenhet kunde kommit oss att misstänka den funna komplikationen. Beklagligtvis gjordes ej en sådan, då exsudatets beskaffenhet syntes oss vara sådant, det vanligen är vid en transsudativ ascites; det var klart, gröngult och utan minsta antydning till hämorrhagisk färgning. Dock tror jag näppeligen, att vi på grund enbart af en sådan vågat ställa en bestämd diagnos. Frågan om ascites' beskaffenhet vid de

olika processerna i peritonealhålan är ännu långt ifrån definitivt afgjord. Noggranna undersökningar i detta hänseende hafva bland andra utförts af Runeberg¹⁰⁾, som kommit till det resultat, att en albuminhalt af öfver 3—3,5 % väl med nödvändighet förutsätter en inflammatorisk eller cancerös process. Riktigheten häraf torde nog för de flesta fall ej vara tvifvel underkastad, men, att ej alla klinici äro benägna att enbart på grund af en sådan ägghvitehalt diagnosticera en komplikation, visar bland andra fall, för att blott anföra ett exempel, ett nyligen af Paijkull¹⁰⁾ från Professor Henschens klinik offentliggjort fall af hypertrofisk lefvercirrhos med en ägghvitehalt i den erhållna ascitesvätskan af icke mindre än 4,584 %. Äfven om detta fall ej är absolut bevisande, då detsamma ej kom till sektion, och därför möjligheten af en komplikation, liknande den i mitt fall funna, ej kan förnekas, visar det dock, att diagnosen ej gerna ställes på en dylik utan närvaro af kliniska symptom. Särskildt hvad det af mig anförda fallet beträffar, torde man vid frånvaro af all ömhet å buken ej gerna endast på grund af hög ägghvitehalt kunna antaga en kronisk peritonit, och naturligtvis ännu mindre en tuberkulös sådan, om man tar i betraktande patientens goda nutritionstillstånd.

Största betydelse i diagnostiskt hänseende tillkommer otvifvelaktigt undersökningen på tuberkelbaciller i den erhållna vätskan, en undersökning, som tack vare centrifugen numera ej är förenad med större svårighet. Ett positivt resultat är naturligtvis afgörande; om det kan erhållas i alla fall af peritonealtuberkulos, torde väl dock ej vara så säkert. Då emellertid intet tydde på någon komplikation, forskades ej efter möjliga baciller. Hade noggrann undersökning i sistnämnda hänseende anstalts, är det ju

¹⁰⁾ Runeberg. Kliniska studier öfver transsudationsprocesser inom organismen. I Om albuminhalten i ascitesvätskor. Finska Läkarsällsk. handl. Bd. 25, sid. 15.

¹⁰⁾ Paijkull. Bidrag till kännedomen af de serösa exsudatens kemi. Upsala Läkarefören. Förhandl. Bd 27, sid. 449.

möjligt, att diagnosen kunnat ställas, någon anledning att utföra en dylik fanns emellertid icke, såsom nämnts, i de kliniska symptomen.

Otvifvelaktigt torde väl detta negativa förhållande bero på, att processen var af jämförelsevis färskt datum. Härför synes mig tala knottornas delvis genomskinliga beskaffenhet, obetydliga storlek, samt frånvaron af alla tecken till ostvandling och retning af peritoneum. Möjligt är ju, att, om patienten lefvat längre, tydligare symptom kunnat utbildas. I hvarje händelse synes mig tuberkulosens beskaffenhet obetingadt tala för, att den i detta fall är sekundär, uppkommen efter lefvercirrhosen, och sannolikt då såsom följd af genom stas i peritoneum åstadkomna förändringar, hvarigenom gynnsam jordmån för en tuberkelinfektion skapats. Anmärkningsvärdt är emellertid tuberkulosens uteslutande förekomst i peritoneum; trots de noggrannaste undersökningar i detta hänseende var det mig omöjligt att upptäcka, hvarifrån infektionen egt rum, särskildt tarmen och de retroperitoneala körtlarne voro normala. I detta hänseende står fallet oförklaradt.

Lumbalpunktion i ett fall af hydrocephalus.

Af H. Köster.

En hydrocephalus torde väl kunna anses höra till de lidande, mot hvilka läkaren i allmänhet står maktlös. Hvarken inverka å densamma invärtes läkemedel eller äro resultatet af försökta kirurgiska ingrepp synnerligen uppmuntrande, då utgången väl så godt som alltid varit olycklig på grund af dels ini hjernan efter dem uppkomna dödande förändringar dels svårigheten att förhindra en infektion. Försök med enkel punktion, punktion och drainage medelst rör eller katgut, öppen incision hafva alla utfallit lika olyckligt. På sista tiden har emellertid Quineke¹⁾ i Kiel angifvit en metod, som erbjuder vissa fördelar, och som i ett par af fallen gifvit uppmuntrande resultat. Jag skulle i dag vilja redogöra för ett sålunda behandlad fall, som visserligen slutade olyckligt, men som visar möjligheten att på detta sätt uttömma en vätskeansamling i kranialkaviteten. Innan jag emellertid öfvergår till detsamma, torde en kort redogörelse för Quineke's metod vara på sin plats.

Quineke utgick från det faktum, att hjernans och ryggmärgens subarachnoidalrum kommunicera sinsemellan och med hjernventriklarne, och från kännedomen om, att ryggmärgen hos fullvuxna når endast till 2:dra lumbalkotan, hos barn under 1 år åter till 3:dje. En i mellanrummet mellan 3:dje och 4:de lumbalkotan införd kanyl kan därför icke råka ryggmärgen, utan på sin höjd träffa de i cerebrospinalvätskan floterande nerverna, som bilda cauda

¹⁾ Quineke. Die Lumbalpunktion des Hydrocephalus. Berl. klin. Wochenschr. 1892, N:o 38 och 39.

equina; en lesion af dessa tyckes dock ej behöfva befaras, då aldrig några motoriska eller sensibla rubbningar uppträdde såsom omedelbar följd af punktionsnålen införande. De gynnsammaste förhållandena för en sådan punktion finnas hos barn; dels ligga hos dem cauda equinas nervrötter ordnade i 2:ne symmetriska bundtar, skilda af ett af cerebrospinalvätska fylldt fritt mellanrum, medan hos fullvuxna en dylik delning ej finnes, dels är interarkualrummens form gynnsammare hos barn. Genom undersökning å skelett har nämligen Qu. konstaterat, att dessa äro störst hos barn, men minskas med tilltagande ålder, i det processus spinosi antaga en allt mer sluttande ställning och derigenom täcka de nämnda mellanrummen. Fullt konstant är rummens form ej; i allmänhet äro dock 3:dje och 4:de interarkualrummen betydligt större än 1:sta, 2:dra och 5:te; deras bredd är 18—20 mm., deras höjd 10—15 mm. Vid punktionen ligger patienten i sidoläge med uppdragna ben, och nålen, hvars tjocklek varierar mellan 0,6—2,2 mm., införes bäst 5—10 mm. på sidan om midtlinien, hos barn midt emellan tvenne processus spinosi, hos fullvuxna i jämnhöjd med processens undre $\frac{1}{3}$ eller nedre rand. Nålen införes snedt, så att dess spets träffar dura ungefär i midtlinien, och föres hos fullvuxna något snedt uppåt på grund af kotbågarnes något taktegelformiga anordning; nålen införes hos barn 2, hos fullvuxna 4—6 etm. djupt, förenas med en slang, och, sedan tillräcklig mängd aftappats, aflägsnas nålen. Quineke har i de 10 fall, han försökt metoden, alltid med lätthet kommit in i durasäcken, i 1 fall inträffade läkning, i 4 fall visade punktionen intet inflytande, i 3 inträffade en öfvergående förbättring, i 2 fall anser Quineke förbättringen ej kunna tillskrivas punktionen. Som indikation för punktionen uppställer han 1. höggradigt hjerntryck, 2. kronisk exsudation, i sistnämnda fall för att genom punktionen skapa gynnsamma betingelser för resorption. Visserligen torde resultatet i sistnämnda hänseende ej vara vidare gynnsamt, dock anser han, att försöket skall och bör göras, då vi ej känna patogenesen för en enkel hydroce-

phalus, och erfarenheten kanske kommer att visa, att svårare och lättare fall finnas. Farliga komplikationer har Quineke ej råkat ut för, men han påpekar möjligheten, att genom tryckminskningen en ökad transsudation uppstår, som kan leda till större tryck inom kranialkaviteten, än som fanns före tappningen, vidare att blödningar uppstå inom kraniet eller å annat ställe, och slutligen att nervtrådarna i cauda kunna lederas. Då han emellertid i sina 10 fall ej sett någon sådan följd, tvekar han ej att förklara, att han till och med i diagnostiskt syfte anser sig berättigad företaga operationen.

Då ett fall af subakut hydrocephalus hos ett barn insändes till mig för behandling, och modren, trots att jag för henne framhöll, att så godt som inga utsigter för ett lyckligt resultat funnos, med bestämdhet fordrade operativt ingrepp, beslöt jag mig för att försöka nu nämnda behandlingsmetod. Sjukhistorien är i korthet följande:

Gossen F. O. S. 7 månader. Int. d. $23/10$, död d. $31/10$ 92.

Anamnes: Gossens moder har alltid varit frisk, graviditet och partus förlöpte fullt normalt. En syster om 8 år är frisk. Inga hereditära anlag i släkten. Under de första 2 månaderna efter födelsen var gossen, så vidt man kunde finna, fullt frisk, hade god aptit och sömn, och visade sig endast då och då litet kinkig. Efter förloppet af denna tid började hufvudet tilltaga i omfång, i början hastigt, sedan långsammare ehuru konstant. De sista månaderna har omkretsen ökats med ungefär 3 ctm. i månaden. För öfrigt har gossen ej företett några vidare rubbningar, har endast varit något oroligare. Någon gång har kroppen genomfarits liksom af hastiga ilningar, men aldrig hafva ihållande ryckningar uppträdt. Aptit och sömn hafva varit goda, kräkningar hafva ej förekommit.

Status præsens d. $24/10$. Kroppen motsvarande åldern normalt utvecklad, ryggraden företer intet abnormt. Hufvudet är starkt förstoradt; utvidgningen börjar ofvanom en linie, som går genom glabella, yttre ögonvinkeln och lobulus å öronen. Omkretsen här 61,5 ctm., från glabella till occiput är afståndet 34 ctm., från hakspetsen till näsroten 7,5 ctm. Skallens ben kännas ytterst tunna, gifva lätt efter för

tryck, stora fontanellen är kolossalt förstorad, å hufvudet synas talrika, starkt utvidgade vener. Ansigtet är af normal storlek och kontrasterar till följd deraf starkt mot den utvidgade öfre delen af hufvudet, öronen äro förskjutna nedåt och bakåt. Ögonen äro stora, utåtstående och merendels riktade nedåt, deras rörlighet dock ganska god, och pat. tyckes med blicken följa, hvad som försiggår omkring honom. Hörseln synes vara god, pat. skrattar emot modern och tyckes i psykiskt afseende vara normalt utbildad. Motiliteten företer inga rubbningar, annat än att gossen till följd af hufvudets storlek ej förmår röra detsamma eller vända sig själf i sängen. Armarne deremot röras normalt, och ibland spänner pat. ryggmuskulaturen, som om han ville resa sig. Lumbalpunktion d. $27/10$ 92 enligt Quincke's föreskrift i 3:dje lumbalinterstitiet. En mm.-tjock troikar infördes med största lätthet, och vid stillebens utdragande framsippade droppvis en klar, svagt guldfärgad vätska. En med salicylsyrelösning fylld slang fördes öfver det qvarliggande rörets mynning, och dess andra ända fördes in i en flaska innehållande 1% salicylsyrelösning. Flaskan ställdes, för att ej häfvertverkan skulle blifva alltför kraftig, endast obetydligt lägre än punktionsöppningen. Sträng antiseptik, förband. Under loppet af de följande 8 timmarne uttrann omkring 300 kbtm. af en nästan vattenklar vätska, kraniet kändes tydligen mjukare, tillståndet var fullt tillfredställande, temperaturen normal på aftonen.

$28/10$. Under nattens lopp utrunno c:a 50 kbtm. af samma klara vätska som i går. Tillståndet fortfarande godt, gossen åt bra, temperaturen normal. Till följd deraf fick förbandet ligga orubbadt. På qvällen lindrig feber. Kraniet fortfarande mjukare, bestämdt ingen ökad spänning sedan morgonronden.

$29/10$. Tillståndet sämre, gossen mattare, matlusten mindre, lindrig feber, de exakta talen kan jag ej uppgifva, då genom oförklarligt förbiseende desamma ej antecknats i journalen, för öfrigt tillståndet oförändradt, särskildt kraniet ej mera spändt. Förbandvexel, hvarvid troikaren befanns hafva glidit ut, punktionssåret höpgrödt, inga retningsymptom deromkring. Nålen infördes ånyo, hvarvid genast klar vätska droppvis framsippade, och slangen nedfördes i flaska liksom förra gången. Utflödet kom emellertid ej i gång, pat. blef allt mattare och ofred på qvällen, utan att några retningsymptom i form af ryckningar uppträdt; febern på middagen dock något starkare.

Sektionen kunde endast utföras ytterst ofullständigt. Dervid öppnades ryggradskaviteten motsvarande punktions-trakten och hjernkaviteten genom ett litet snitt i bakre delen af occiput. Kraniet var lindrigt hopfallet, de resp. kranialbenens kanter täckte hvarandra; kranialbenen kändes halffasta som styft pergament. Vid insnittet befanns hjernan höggradigt utspänd af en vattenklar vätska, som fanns såväl utanför hjernsubstansen som äfven ini hjernventriklarne. Dessa sistnämde voro kollosalt dilaterade, den hvita och gråa hjernsubstansen mätte i tjocklek endast $\frac{1}{2}$ ctm. och visade inga tecken till retning. Då hjernan ej fick uttagas, kunde någon undersökning af de basala ganglierna och förlängda märgen ej ega rum. Vid punktionsstället saknades likaledes alla tecken till retning, cerebrospinalvätskan var klar, nervträdarne flotterade fritt i densamma och hade sitt normala utseende, ryggmärgshinnorna normala.

Fallet visar, att det är möjligt att genom en lumbalpunktion uttömma ej obetydliga mängder cerebrospinalvätska. Själfva införandet af punktionsnålen lyckades utan svårighet och genom att försigtigt föra nålen åt sidorna kunde man lätt konstatera, när dess spets blifvit fri d. v. s. inträngt i ryggmärgskanalen; att detta skett utan lesion af nervrötterna, visar sektionen och frånvaron af alla retnings-symptom under lifvet.

Fallet slutade emellertid olyckligt, af hvad anledning kunde vi på grund af den ofullständiga sektionen ej komma till klarhet om. Att någon infektion af kranial-ryggmärgskaviteten ej förekommit, visar cerebrospinalvätskans klara utseende och frånvaron af alla retningsfenomen vid sektionen. Likaså kan den af Quincke angifna möjligheten af ökad exsudation med öfver det ursprungliga trycket stegradt hjerntryck uteslutas, då den efter första punktionen uppkomna minskade spänningen af kranialbenen kvarstod oförändrad till döden. Deremot torde väl möjligen en blödning ej kunna med säkerhet uteslutas. Såsom af redogörelsen framgår har nämligen en relativt hastig tryckförminskning uppstått inom kranialkaviteten, och det torde

ej vara omöjligt, att denna gifvit anledning till en sådan. I ty fall måste densamma väl sättas i ett visst samband med operationsmetoden, som så till vida afvek från Quincke's, att något större mängd vätska fick afrinna, än hvad fallet varit i de af honom opererade fallen. Jag ansåg nämligen, att något egentligt resultat ej gerna kunde uppnås i mitt fall genom en enkel aftappning af 50 grm eller något mera af vätskan, utan att i detsamma en kontinuerlig uttömning af cerebrospinalvätskan var nödvändig. Denna måste naturligtvis ske med största försigtighet; just för att hindra ett alltför hastigt uttrinnande af vätskan och dermed för hastig nedsättning af trycket, undveks all kompression å kraniet och ställes flaskan så nära som möjligt i samma plan som punktionsöppningen. Att det oaktadt en så stor mängd vätska utran, visar, att dessa försigtighetsmått ej äro tillräckliga i detta hänseende. Man torde därför göra rättast i att ytterligare inskränka afflödet genom att medelst en klämpincet komprimera slangen, och detta förfarande erbjuder dessutom den fördelen, att man, när man så önskar, kan genom fullständig kompression afbryta allt vidare utflöde för att dymedelst gifva hjernan tillfälle att adaptera sig efter de förändrade tryckförhållandena. Att en på sådant sätt utförd drainage är den enda möjliga behandlingsmetoden i sådana fall som mitt med kontinuerlig tilltagande hydrocephalus, synes mig såsom nämt sannolikast, ty näppeligen torde en liten uttappning kunna åstadkomma annat än en hastigt öfvergående förbättring vid starkare tryck. Risken för en infektion finnes visserligen, men en sådan borde vid iakttagande af strängaste aseptis kunna förebyggas och vara att föredraga framför det upprepade införandet af nålen.

Att nålen emellertid lätt nog glider ut, visar mitt fall, och torde dess fästande därför vara nödvändigt; jag kan därvidlag rekommendera ett sätt, som jag använt vid drainage af empyem enligt Bülow's metod, och som visat sig lätt utförbart och praktiskt. Sedan själfva insticks-

öppningen med deri liggande slang och i förevarande fall punktionsnål omgifvits med jodoformgas, lägges kring slangen en krage af i kolloidium dränkt bomull, som får stelna; densamma bildar liksom en fast krage kring röret utan att komprimera detsamma och täckes med vadd, häfta läggas i kors öfver den och allt omgifves med linda. Vid Bülau's metod har jag dymedelst alltid lyckats att få slangen att ligga säkert qvar, medan den annars lätt glider ut. Suturering af slangen vid huden är naturligtvis också tillfyllestgörande, dock synes mig det omnämnda sättet enklare och säkrare; man undviker derigenom, fränsedt smärtan vid sutureringen, äfven retning af huden och risken att ledera slangen; suturerna måste nämligen läggas i slangens vägg utan att intränga i dess lumen, ty i senare fallet intränger snart luft, och den afsedda häfvertverkan är dermed slut, såsom jag haft tillfälle se i ett par fall.

Huruvida man med en dylik drainage kan komma att erhålla gynnsamma resultat, är naturligtvis svårt att säga. Har trots all invärtes behandling en hydrocephalus ständigt tilltagit eller åtminstone kvarstått oförändrad, torde operationen i hvarje händelse vara berättigad, då det ju ej är omöjligt, att förbättring kan inträda; vi känna ju, såsom Quincke framhåller, ännu så litet om hydrocephalus och dess patogeni, att det ej torde vara alltför djerft att antaga, att ökad erfarenhet kommer att visa oss, att äfven i denna hittills ju i prognostiskt hänseende mycket hopplösa åkomma äfven lättare för operation tillgängliga fall finnas.

Till slut skulle jag blott vilja framhålla det anmärkningsvärda förhållandet, att trots en så höggradig kompression af hjernsubstansen, som fanns i fallet, med all säkerhet de fysiska funktionerna och, som det tycktes, ehuru det naturligtvis är ytterst svårt att i detta hänseende bedöma förhållandena hos ett 7-mån. barn, äfven de psykiska funktionerna tycktes vara intakta.

**Ileus och perforationsperitonit på grund af en
inkarcererad brandig hernia perinealis.**

Af H. Köster.

Det fall, jag i dag har äran meddela, och från hvilket föreliggande preparat tillvaratagits, torde väl höra till de allra största sällsyntheterna, kanske vare ett unikum. Åtminstone har det ej varit mig möjligt att finna ett motsvarande fall i den mig tillgängliga litteraturen. Sjukhistorien är beklagligtvis ej så fullständig, som önskvärdt varit, men patientens ytterligt nedsatta tillstånd tillät ej en noggrannare undersökning, och de anamnestiska data hafva hufvudsakligast erhållits af släktingar.

J. A. 53-årig qvinna, ogift. Int. d. 16/9, 92, död d. 19/9, 92.

Anamnes: Pat. har i allmänhet egt god helsa; hon har varit stark och arbetsförför ända till slutet af sistlidne Maj månad, då hon utan känd anledning midt under arbete (hon har varit väfverska) öfverfölls af häftiga kräkningar med våldsamma smärtor i nedre delen af buken. Hon hade under tiden förut ej lidit af förstoppning, men sådan inträdde efter insjuknandet; huruvida väder afgått under sjukdomen, kan pat. ej upplysa om. Kräkningarne, som till en början tilltogo i häftighet, lindrades efter 4 dagars förlopp, då hon äfven fick en mindre öppning. Hon låg till sängs under 8 dagar och sökte ej läkare; gick der-efter uppe, men kände sig dock aldrig riktigt frisk. Hon hade nämligen stundom svåra smärtor i buken af samma art som under det svåra anfallet; det oaktadt har hon hela sommaren kunnat arbeta, bland annat väft mer än 100 alnar mattor. Helsan var dock bruten, förstoppning har hon emellertid ej besvärats af i någon nämvärd grad. Under det nämnda anfallet uppträdde ymniga blödningar från un-

derlifvet, medan menstruationen upphört att återkomma redan för 3 år sedan.

Natten till den 14 Sept. öfverfölls hon åter af kräkningar af särdeles våldsamt art i förening med samma häftiga smärtor i underlifvet, som hon förut lidit af. Kräkningarna fortforo under hela natten och utmattade pat. betydligt. Uterinblödningar instälde sig åter och voro ymnigare än förra gången. Natten till d. 15/9, hade hon trenne tunna öppningar, men sedan afgingo hvarken väder eller fæces. Kräkningarna fortforo ständigt, buken blef spänd och allmänna tillståndet försämrades hastigt; mot slutet af vistandet hemma märkte omgifningen, att det uppkräkta var illaluktande. Hon intogs d. 16/9, på f. m.

Status præsens: d. 16/9. Pat. ser mycket medtagen ut, sensorium är klart, utpräglad facies Hippocratica, puls mjuk, 120, hjertverksamheten för öfrigt utan anmärkning. Buken är höggradigt uppdrifven, särskildt dess nedre delar, tarmslyngor afteckna sig tydligt genom bukbetäckningarna. Ringa ömhet å bukens öfre delar, stark sådan å dess nedre, särskildt i midtlinien och venstra fossa iliaca. Nedtill och åt sidorna dämpad perkussionston, upptill tympanitisk sådan. Öfver lefvern tympanitisk ton utom å ett två finger bredt område i mammillarlinien. Ständiga qväljningar besvära pat., tunna något illaluktande kräkningar då och då. Ordination isblåsa, op, lavemang.

Efter lavemanget stora öppningar, hvarefter bukens omfång minskades högst betydligt, qväljningarna upphörde och sömn inträdde.

17/9. Tillståndet ej väsentligt försämradt. Pat. har kräkts upp allt vin, hon erhållit; ingen betydligare ömhet öfver buken.

18/9. Fäkala kräkningar af våldsamt art, pulsen hastig, stundom intermitterande; pat. afled under nattens lopp.

Obduktion d. 19/9. Liket kraftigt byggt, buken betydligt uppdrifven. Vid dess öppnande befinnes peritoneum och tarmslyngorna täckta af och förenade genom gula varmemembraner, som dock lätt kunna aflossas. Buken innehåller derjämte riklig mängd brungul, fäkalluktande vätska. Hjertsäcken tom, hjertat 10×11 ctm., dess muskulatur af brunrött utseende, fast, valvler och mynningar utan anmärkning, aortas insida något gulare än vanligt. Lungsäckarne äro tomma, lungorna fria, de nedre loberna lindrigt atelekta-

tiska, den venstra öfverallt luftförande; i högra lungans nedre lob kännas nötstora, mindre luftförande härdar spridda ini lungsubstansen; dessa motsvaras vid insnitt af begränsade härdar med kornig yta, mindre luftförande än normalt och omgifna af normal lungsubstans. Mjeltén $9 \times 7 \times 2,5$ ctm., utan anmärkning, njurar $9 \times 6 \times 3,5$ ctm., af normalt utseende, lefvern $25 \times 20 \times 14$ ctm., å ytan belagd med tjocka varmembraner, vid insnitt ytan torr, gråbrun, otydligt tecknad.

Tarmarne kunde, såsom ofvan nämdes, skiljas med tämligen stor lätthet. Vid närmare undersökning för upptäckande af peritonitens utgångspunkt upplyftes med lätthet ur lilla bäckenet en tunntarmslynga, som delvis var brandigt missfärgad. Det missfärgade partiet uppträdde å ett ställe, å hvilket tarmen var starkt vinkligt böjd; de mot hvarandra vända tarmväggarne voro här sammanväxta och vid basen liksom insnörda; denna sammanväxning och insnörning tycktes vara af äldre datum än öfriga å tarmarne befintliga sammanlödningar, då den ej kunde annat än med stor svårighet lossas. Hela den inklämnda slyngan var svartblå; å dess afförande del fanns i närheten af mesenteriets fäste tvenne perforationsöppningar i tarmväggen, ur hvilka tunnflytande tarminnehåll uttrann vid tryck. Den nämnda inklämnda slyngan var belägen 15 ctm. från valv. ileo-coecalis. Inguinal- och cruralkanalen visade intet anmärkningsvärdt; deremot fanns bakom uterus en säckformig fördjupning mellan rectum och vagina; dess botten sträckte sig ungefär till jämnhöjd med introitus vaginæ, i ty att ett i vagina infördt finger der stötte mot ett i fördjupningen infördt sådant. Denna insänkning har en trängre hals, som täml. fast omger det införda fingret liksom en skarp ring, och är dernedanför vidare. Dess inre visade ej några fibrinbeläggningar, ej heller annat än helt färska sådana finnas i fossa Douglasi; deremot finnas i säckens botten svartfärgade fläckar som rester af gamla blödningar. Uterus utan anmärkning.

Sektionen visade alltså en perforationsperitonit, beroende på gangrän i en inkarcererad hernia perinealis. Är redan en hernia perinealis i och för sig relativt mycket sällsynt, så att t. ex. Folmer (Over hernia perinealis, Amsterdam 1886, Ref. i Centralbl. f. Chirurgie 1886, pag. 540) för tidrymden 1686—1886 ej kunnat finna mera än

45 säkra och 2 tvifvelaktiga fall af densamma, så torde en inkarceration af en sådan otvifvelaktigt höra till de största sällsyntheterna. Något analogt fall till mitt har jag, såsom nämnts, vid genomseende af den omfattande litteraturen öfver ileus, så vidt den varit mig tillgänglig, ej kunnat finna.

Det torde ej lida något tvifvel, att en verklig inkarceration funnits i fallet, och sannolikt har en sådan egt rum redan på vårsidan, ehuru den då gått tillbaka. Åtminstone synas mig de i Maj uppträdande symptomen af plötsligt uppträdande häftiga kräkningar och våldsamma smärtor i nedre delen af buken tala för ett sådant antagande. Redan då har retningen varit så stark, att en sammanlödning af peritonealbladen å den i bråcksäcken belägna slyngan egt rum, ty sektionen visade, att de adherenser, som funnos och vinkligt böjde tarmen, voro af äldre datum än de färska beläggningar, som för öfrigt hopplödde tarmarne. Trots denna vinkelböjning, som stått qvar, har passagen återstälts, men för att ett hinder alltsedan dess förefunnits talar uppgiften om, att pat. sedan dess aldrig känt sig riktigt frisk, utan tidtals lidit af svåra smärtor i buken af samma art som de vid första anfallet uppträdande; påfallande är dock, att någon egentlig förstoppning ej funnits. Att emellertid förhållandena voro gynnsamma för en inkarceration är tydligt, och man kan endast förvåna sig öfver, att en sådan ej förr inträdt. Ännu gynnsammare för inkarcerationen skulle naturligtvis förhållandena hafva varit, om den vinkelböjda delen af tarmen legat qvar i den nämnda säcken bakom uterus; möjligt är ju, att så varit förhållandet, dock förtjenar i detta hänseende framhållas, att i själfva bråcksäcken ej funnos några tecken till gamla adherenser, utan endast pigmentfläckar. Öfverhufvudtaget är i frågan om den vinkelböjda slyngans förhållande till bråcksäcken obduktionen ej fullt tillfredsställande, ty bråcksäcken upptäcktes först, sedan vinkelböjningen å tarmen konstaterats; någon svårighet att upplyfta tarmarne ur lilla bäckenet, i form af starkare motstånd, fanns emellertid med säkerhet

icke; detta förhållande talar dock ej mot möjligheten, att slyngan legat kvar i den gamla bråcksäcken, då sektionen visade, att starkare adherenser in i densamma saknades, och dessutom genom tarminnehållets uttrinnande ur perforations öppningarne det motstånd, den förut utspända slyngan kunnat göra, måste hafva minskats.

Orsaken till ileus och peritonit i fallet förblef under lifvet dunkelt. En vaginalundersökning hade kanske kunnat leda på spåret, men underläts på grund af pat:s mycket nedsatta tillstånd och den betydliga ömhet, som förefanns öfver nedre delen af buken. Huruvida en operation kunnat hjälpa eller ej, är svårt att säga; dock synes det mig ej så afgjordt, att hindret kunnat upptäckas; i hvarje händelse torde den relan vid inkomsten tydligt utbildade peritoniten hafva gjort prognosen mycket tvifvelaktig.

Ett fall af tuberkulös mediastino-pericarditis.

Af H. Köster.

Ett fall af ofvannämnda lidande har nyligen observerats å Sahlgrenska sjukhuset och torde både på grund af dess sällsynthet och de egendomliga kliniska symptom, detsamma erbjöd, förtjena att offentliggöras.

J. A. J. 46 år. Int. d. $\frac{25}{10}$ 92, död d. $\frac{12}{12}$ 92.

Anamnes: Fadren skall hafva lidit af epilepsi och dött under ett anfall, modren är frisk liksom alla patientens syskon. Ingen hereditär belastning hvad beträffar tuberkulos eller cancer. Patienten har aldrig varit sjuk, undantagandes möjligen såsom barn i morbilli. Aldrig veneriskt smittad, men hade för 18—20 år sedan buboner i ljumskarne. Pat. har under de sista 12 åren varit absolutist, derförut förtärt spirituosa, dock ej till öfvermått. Matlusten har aldrig varit synnerligen stor, någon gång har han besvärats af uppstötningar af vatten, men aldrig lidit af kräkningar. Har aldrig haft ikterus, aldrig varit svullen i buken eller i benen. Bröstitet har alltid varit friskt. För ungefär 2 månader sedan började patienten besväras af spänning och tryck i högra hypokondriet, men har aldrig känt några egentliga smärtor. Aptiten har minskats något, afmagring har icke inträdt. Några gånger har pat. haft lösa öppningar, och fæces hafva i allmänhet varit ljusgula "som hos små barn". Urinen har ej visat något anmärkningsvärdt, ingen ikterus. Pat. har lätt blifvit andfädd.

Status præsens d. $\frac{25}{10}$ 92. Pat. ligger till sängs. Sömn, aptit och afföring utan anmärkning. Hullet och muskulaturen väl utvecklade. Ansigtet är något blekt. Ingenstädes ödem. Andningen är något dyspnetisk, kostoabdominal, freqvens 27 i minuten. Pulsen 80 i minuten, oregelbunden så till vida, att slagen (å art. radiales) inhi-

beras motsvarande inspirationsfasen, men framträda fullt tydliga under exspirium; urinen fri från ägghvita.

Vid inspirationen lyftas ögonbrynen, näsvingarne utspännas, diaphragma oris sänkes, fossæ supraclaviculares och reffbensinterstitierna dragas inåt. Perkussionen anger intet abnormt. Vid auskultation af lungorna befinnes andningsljudet vara stråft vesikulärt utan rhonchi eller rassel. Hjärtstöten är osynlig, inga indragningar motsvarande systole framträda, hjerttonerna öfver spetsen höras tydligast i 4:de interstitiet midt emellan venstra mammillar- och parasternallinien, tonerna äro svaga, men rena. Arteriæ radiales äro något fasta. Venæ jugulares ext. något utvidgade, isynnerhet den venstra, ingen venpuls, ingen inspiratorisk fyllnad af venerna, ingen diastolisk venkollaps.

Buken är något utvidgad, isynnerhet i dess öfre partier; dess omfång i nafvelplanet är 86 ctm., derofvan ännu större. Vid palpation markeras ingenstädes ömhet. Inga utspända vener. I högra delen af buken ända ner till nafvelplanet palperas lefverresistensen, som kan följas snedt uppåt mot v. mammillarlinien. Dess nedre rand kan icke omfattas, ytan kännes jämn och fast. Lefverns relativa öfre gräns är i parasternallinien vid 4:de reffbenet, i mammillarlinien i 4:de interstitiet, baktill straxt nedom angulus scapulæ; dess nedre gräns ligger i midtlinien 3 ctm. ofvan nafveln, sluttar derifrån sakt å höger, så att den i axillarlinien ligger i nafvelplanet; i venstra mammillarlinien ligger den 7—8 ctm. ofvan nafveln. Traubeska rummet ger öfverallt matt perkussionston. Nedom nafveln vidtager en dämpning, på höger sida 14, på venster 17 ctm. från nafveln, och detta dämpade område förändras vid lägevexling. Otydligt vågslag vid transversel perkussion. Mjeltens främre gräns når icke fram till främre axillarlinien. Vid rektalundersökning intet anmärkningsvärdt. Inga svullna lymfkörtlar någonstädes.

Daganteckningar: ²⁹/₁₀. Pulsus paradoxus kvarstår oförändrad å begge art. radiales. Halsvenerna äro betydligt svålta, isynnerhet den venstra, men ingen respiratorisk ansvällning af dem kan förmärkas, ej heller någon inspiratorisk kollaps.

²/₁₁. Lefvern kännes betydligt fast.

⁶/₁₁. Vid inspektion af bröstkorgen iakttages: Fossa supraclavicularis sin. tyckes vara något mera utfylld än

den högra, särskildt gäller detta andra venstra refbenets sternala hälft; andningsfrekvens 27 i minuten, dyspnen oförändrad, andningsfaserna lika långa. Ingen indragning af hjertspetsstrakten vid systole. Bröstkorgens exkursion vid andningen 0,5 ctm. Vid perkussion erhålles dämpning i dag i 2:dra högra interstitiet omkr. 1 ctm. till höger om sternum, i 3:dje och 4:de nästan 2 ctm. till höger om sternum. På venstra thoraxhalfvan börjar hjertats relativa dämpning i alla interstitierna ung. i mammillarlinien, upp till något närmre medellinien än nedtill. Spetsstöten framträder svagt i 5:te interstitiet emellan mammillar- och parasternallinien. Stöten kännes snarare svagare vid inspiration, men ingen indragning, motsvarande systole, finnes, ej heller någon inspiratorisk venansvällning eller kollaps. Båda art. radiales pulsera samtidigt.

¹⁵/₁₁. Dämpning i dag tydlig öfver manubrium, tonen kortare i höger fossa supraclavicularis. Ödem öfver sternum, ej å buken eller de nedre extremiteterna.

¹⁶/₁₁. Pat. klagar fortfarande öfver svår andtäppa. Vid försök att kröka sig tycker han sig liksom känna något, som tager emot i öfre delen af buken och hela framsidan af bröstet. Sömn, aptit och afföring fortfarande utan anmärkning. Pat. ligger för det mesta till sängs, helst i sidoläge, emedan andnöden då är minst. Utseendet mera cyanotiskt än vid inkomsten. Pannans vener äro spända, likaså och i ännu högre grad halsvenerna och de laterala thoraxvenerna, öfverallt mera de å venstra sidan. Tydlig frambugtning af öfre delen af sternum och angränsande venstra refbensområde. Då fingret föres in i jugulum, tyckes sternum vara ovanligt tjockt, inre kanten tyckes ligga bortåt 2 ctm. innanför den yttre. Vid perkussion erhålles nästan matt ton öfver ett område, som omfattar manubrium sterni, af första interstitiet åt höger 4,5 ctm. från midtlinien räknadt, samt af 2:dra och de nedanför liggande 3 ctm., till venster om sternum ingen tydlig dämpning. Vid auskultation höres i fossa infraclavicularis dextra andningsljudet sträfft och svagare än i motsvarande venstra fossa. Inga gnidningsljud eller rassel der, å öfriga delar af lungan normalt respirationsljud. Pulsus paradoxus kvarstår oförändrad, leverns och mjeltens gränser oförändrade.

⁴/₁₂. Det dämpade området å thorax' framsida har ytterligare tilltagit, isynnerhet nedtill, der dämpningen när nästan ända till mammillarlinien. På baksidan i intersca-

pularrummet höres synkroniskt med in- och exspirium ett egendomligt hvinande ljud. Lindrig expiratorisk stridor, stämman ej hes.

^{8/12}. Pat. har de 2 sista dagarne lidit af betydlig andnöd, har vistats för det mesta uppe, undviker i sängen ryggläge. Urinen är mörkbrun, af sur reaktion, spec. vikt 1,030, utan ägghvita och socker. Mikroskopisk blodundersökning visar intet abnormt. Ansigtet är högggradigt cyanotiskt, halsens vener, isynnerhet den venstra, ansvålda, men visa eljest intet anmärkningsvärdt. Ingen afmagring. Tydligt ödem å bröst, buk och nedre extremiteterna, scrotum ej ödematöst. Perkussionstonen å båda lungorna öfverallt kort och hög, stark dämpning framtill såsom förut, isynnerhet å baksidan matt ton. I begge fossæ infraclaviculares ett sträfft andningsljud, å baksidan respirationsljudet nedtill försvunnet. Rassel i båda lungorna. Hjärtstötten kan icke palperas, tonerna aflägsna, men rena. Bukens omfång i navelplanet 93 ctm. Lindrig ömhet vid palpation öfver lefvertrakten. Lefverns och mjeltens gränser oförändrade, tydlig ascites.

^{11/12}. Pat. har i dag öfverfallits af särdeles svår dyspne, cyanosen mycket högggradig.

^{12/12}. Afled kl. 4 e. m.

Sektion d. ^{13/12}. Liket kraftigt bygd, med starkt utpräglad cyanos af hela kroppen och särskildt ansigtet; ej obetydligt ödem i underhudsväfnaden å hela kroppen, mest å ben, buk och bröst. Vid bukhålans öppnande utrinne circa 1000 kbc. klar, serös vätska. Begge pleurahålorna hålla synnerligen riklig mängd klar, serös vätska, genom hvilken lungorna delvis komprimeras. Ingen tumör i mediastinum, deremot synes i mediastinum ant. och å motsvarande delar af pleura pulmonalis spridda små tuberkelknottor jämte små fasta, svarta knottor, de senare sannolikt rester af föregående blödningar. Främre mediastinumsblad förtjockade i delarne motsvarande trakten bakom öfre delen af sternum, der de bilda tjocka, hvita svålar. Perikardiet i hela dess utsträckning fastväxt vid hjertat, så att det ej kan skiljas från detsamma. Å framsidan är perikardiet tunnt, å baksidan deremot bildar det en ctm.-tjock svål af gulaktigt utseende, i hvilken här och hvar tydliga knottor framträda; äfven i bakre mediastinum finnas liknande svällknottor förtjockningar af väfnaden, som dock ingenstädes tydligt komprimeras eller åtsnöra de stora kär-

len. Hjärtat är degenereradt, högra kammaren dilaterad. Valvler och mynningar utan anmärkning. Bronchialkörtlarne visa tydlig ostig degeneration, utan att dock vara sönderfallande. Lungorna något atelektatiska, men för öfrigt fullt normala, utan minsta tecken till tuberkulos. Mjeltten af normal storlek, likaså njurarne, båda lindrigt hyperämiska, men för öfrigt normala. Lefvern ej förstörd, 26 ctm. i bredd, högra loben framifrån bakåt 20, venstra 15 ctm., centra lifligt blodfyllda, periferierna bleka, ingen tydlig cirrhos, utan dock lindrigt ojämn, konsistensen ej särskildt ökad. Mage och tarmar utan anmärkning.

I kort sammanfattning finna vi alltså hos en patient, som insändes under diagnos Hypertrophia hepatis, en tydligt palpabel lever, en utbildad ascites utan samtidigt ödem i nedre extremiteterna och utan ansvällning af bukens ytliga vener, utpräglad dyspne och en tydligt förstörd mjelte; hjertat visade intet abnormt, deremot var v. jugularis ext. sin. betydligt ansväld, utan att visa inspiratorisk ansvällning, och pulsen visade tydlig paradox karakter. Småningom utbildades en dämpning å öfre delen af sternum och dess sidor, vidare en tydlig venstas, motsvarande utbredningsområdet för vena cava superior och slutligen tillstötte allmänt ödem och hydrothorax, och pat. afled under tilltagande dyspne.

Diagnosen var till en början i fallet oklar. Den tydligt palpabla lefvertumören och ascites utan samtidigt ödem talade för möjligheten af en lefvercirrhos, då inga symptom tydde på en hjertdegeneration såsom möjlig förklaring, utan att dock diagnosen ansågs med bestämdhet kunna ställas härå vid frånvaro af mjelttumör och af föregående alkoholmissbruk. Det var dock ett symptom, som väckte min särskilda uppmärksamhet, nämligen den typiska paradoxa pulsen.

Denna består såsom bekant deri, att pulsen motsvarande hvarje inspiration försvinner för att under expirationen antaga normal karakter. Om betydelsen af en dylik puls och orsaken till densamma äro meningarne ännu

delade. Densamma torde väl rättast upfattas såsom uttryck för ett minskadt blodtillflöde i det stora kretsloppet. Hvarpå detta beror, är emellertid tvifvelaktigt. Rosenbach (Realencyclopädie der ges. Heilkunde, Bd IX, sid. 474) framhåller, i likhet med hvad redan Bauer (v. Ziemssen, Handbuch der spec. Pathologie) förut gjort, att det ursprungliga hindret härtill lika väl kan vara ett sådant för hjertats tömmande som ett för dess fyllande. Ursprungligen antog man endast, att första momentet egde någon betydelse, och, då man först och nästan uteslutande observerade symptomet vid förändringar af svålig art i mediastinum, genom hvilkas tänjning en "knickning" skulle uppstå under inspirationen af dess kärl och derigenom en hämning af blodets utflöde i de perifera artererna, antog man, att en pulsus paradoxus talade synnerligen starkt för närvaro af en mediastinit och en oftast samtidigt förhandenvarande synechia pericardii, eller, med ett ord, för en mediastino-pericarditis. Sedan uppmärksamheten fästs å symptomet, har man dock funnit det äfven vid andra processer, så vid sammanväxning af hjertsäcken med pleurabladen, vid vensstersidiga stora pleuraexsudat, vid enkel perikardit, aortaneurysmer och öppen ductus Botalli, och patognomoniskt för en mediastino-pericarditis är detsamma därför icke. Dock saknas icke röster, som fortfarande höja sig för, att närvaro af en pulsus paradoxus med bestämdhet talar för en svålig mediastino-perikardit. Så senast Schreiber (Ueber den Einfluss der Athmung auf den Blutkreislauf in physiologischer Beziehung. Arch. f. experim. Pathol. XII, 2), som dock fordrar följande kriterier å densamma: 1) att pulsus paradoxus uppträder i alla kroppens arterer under inspirationsfasen, 2) att densamma ej, medan bröstkorgen kvarhålls i djup inspirationsställning, antager normal form, 3) att den uppträder ej blott vid forcerad, utan vid vanlig lugn andning, 4) att hjertverksamheten samtidigt är fullt regelbunden, 5) samtidig inspiratorisk halsvenansvällning styrker diagnosen, men finnes ej konstant.

I hvarje händelse är denna egendomliga pulsform oftast observerad vid mediastino-perikardit. Det var därför naturligt, att jag särskildt riktade mitt ögonmärke på möjligheten af, att en sådan fanns i fallet.

Hvad först de af Schreiber uppställda kriterierna beträffar, så funnos de vid upprepade undersökningar konstant i fallet, deremot saknades den inspiratoriska ansvällningen af halsvenerna. Likaså saknades konstant öfriga symptom, som anges ofta förekomma vid synechia pericardii och anses patognomoniska för en sådan, nämligen systolisk indragning af hjertspetstrakten och diastolisk halsvenkollaps. Äfvenledes saknades ett af Riess (Beiträge zur physikalischen Diagnostik innerer Organe. Zeitschr. f. klin. Med. XVI, Hft. 1 och 2) angifvet symptom, som han anser vara af stor diagnostisk betydelse, en uppfattning, som dock ej torde vara riktig, då samma symptom ej sällan kan observeras vid höggradig gasutspänning af ventrikeln, nämligen en höggradig konsonans af hjerttonerna. Då dertill kom, att i anamnesen ej den minsta hållpunkt fanns för antagandet, att pat. förut haft en perikardit, som gifvit anledning till en synechia pericardii, ansåg jag mig ej kunna ställa en bestämd diagnos, äfven om jag ej vågade utesluta denna möjlighet, då jag i flera fall haft tillfälle obducera patienter med fullständig obliteration af hjertsäcken utan kliniska symptom.

Ett symptom fanns dock i fallet, som vid en synechia pericardii observerats, utan att man därför kunnat gifva en fullt tillfredsställande förklaring för dess uppkomst. Såsom af sjukhistorien framgår, fanns nämligen en tydligt hård lefver och en utbildad ascites, utan att öfriga symptom eller ätiologien talade för närvaro af en cirrhos. Just denna bild har emellertid flera gånger observerats vid en synechia pericardii. Så t. ex, var lång tid enda symptomet hos några pat., observerade af Weiss (Ueber die Verwachsungen des Herzens mit dem Herzbeutel. Oester. med. Jahrb. 1876, N:o 1), Hirschler (Hochgradiger Ascites ohne ent-

sprechende Anasarka der untern Extremitäten in einem Falle von Herzbeutelverwachsung, Pest. med. chir. Presse 1886, N:o 15, Ref. i Centr. f. klin. Med. 1886 p. 722) och Weinberg (Zwei Fälle von Pericarditis tuberculosa mit Herzbeutelverwachsung und Ascites. Münch. med. Wochenschrift 1887 s. 891 och 936, Ref. i Centralbl. f. klin. Med. 1888 s. 460), en höggradig ascites, och Rosenbach observerade en 10 års gosse (Deutsche med. Wochenschrift 1882, N:o 45) en oklar lefvertumör och höggradig ascites utan ödemer, hvares enda orsak vid sektionen befanns vara en smygande oblitererande perikardit jämte fibrös peritonit af lefverserosan. Möjligheten af ett liknande förhållande i mitt fall kunde ej förnekas, och uppmärksamheten riktades därför ännu mera på närvaron af en synechia pericardii.

Då emellertid symptom häraf, annat än den omnämnda paradoxa pulsen, aldrig framträdde, då vidare småningom under observationstiden en tydlig dämpning å öfre delen af sternum och å dess sidor, som småningom och konstant tilltog i storlek, utbildades, och samtidigt en lindrig utbugtning af thorax' öfre hälft samt en stas i de venösa kärlen å öfre kroppshalfvan, motsvarande vena cava superioris utbredningsområde, framträdde, ansåg jag mig hafva goda skäl för antagandet af, att en mediastinaltumör fanns uti fallet, och såsom sådan demonstrerades fallet vid läkaresällskapets sammanträde.

Det följande förloppet motsade ej diagnosen, detsamma var progressivt, stas utbildades i hela kroppen, och pat. afled asfyktisk.

Sektionen visade emellertid till vår öfverraskning, att vi i fallet hade att göra med en svålig mediastino-perikardit, som var af tuberkulös natur. Denna förklarar delvis symptomen under lifvet, delvis åter kvarstå desamma oförklarade. Den tydliga dämpningen, som utbildades å öfre delen af sternum, berodde naturligtvis på de förhandenvärande svålbildningarne, äfven om erkännas måste, att man näppeligen kunnat vänta en så tydlig dämpning, som fanns,

såsom följd af den förhandenvarande svålbildningens utsträckning och tjocklek; deremot kunde trots noggrant letande ej någon tydlig åtsnörning af vena cava superior påvisas. Att en sådan otvifvelaktigt funnits, kan ej betviflas, möjligen har den endast bestått i en genom svålbildningen förorsakad förskjutning åt ena eller andra sidan af vena cava superior med ty åtföljande förträngning af dess lumen och stas, och att en sådan vid sektionen varit så godt som omöjlig att påvisa, är naturligt nog. Oförklarad står äfven den tidigt uppträdande ascitesvätskan i bukhålan, ty sektionen visade, att, makroskopiskt åtminstone, ej någon tydlig cirrhos förefanns, för hvilkens frånvaro äfven mjelstens normala storlek talar. Ej heller kunde någon knickning af v. cava inferior vid diafragma konstateras med ty åtföljande knickning af v. hepatis, som ju mynnar in tätt under diafragma i den förra, en förklaringsmöjlighet, som dock under reservation anföres af Weinberg.

Huru som helst är fallet lärorikt. Det visar, huru svårt det kan vara att med full säkerhet ställa en diagnos på ett lidande i mediastinum. De kliniska symptomen tydde så otvetydigt på närvaro af en begränsad växande tumör i mediastinum, som utöfvade ett tryck å kärnen, att vid demonstrationen af fallet ingen röst höjde sig mot det berättigade i det klinisk-diagnostiska resonnemanget. Visserligen saknades en hel del symptom, som man ofta finner vid mediastinaltumörer af ena eller andra slaget, så för att blott nämna de vanligaste, den utpräglade in- och expiratoriska stridorn, hvilken senare dock antydningssvis observerades å venstra lungans baksida i sjukdomens sista stadier, paresen af larynxstämbanden, som ju ofta förkommer vid tumörer med ett sådant säte, som de kliniska symptomen i mitt fall tycktes angifva, men variationer i symptombilden förekomma ju ofta. I hvarje händelse synas mig de negativa symptomen ej hafva kunnat förläna en annan tolkning under lifvet åt det iakttagna förloppet, än som skedde.

Fallet visar vidare, att en synechia pericardii ofta är omöjlig att diagnosticera och bekräftar i detta hänseende

till en viss grad Rosenbachs (l. c. sid. 476) uppfattning, att fullständig obliteration af perikardiet kan förlöpa utan alla tecken, och att de symptom, som finnas, bero på tillstötande komplikationer i form af en samtidig mediastinit eller en degeneration af hjertmuskulaturen. Ty, trots den noggrannaste undersökning, kunde aldrig någon systolisk indragning af hjertspetsstrakten konstateras. Processen har utvecklats fullkomligt latent och smygande, då i anamnesen trots de noggrannaste efterforskningar ingen hållpunkt för antagandet af en perikardit förelåg.

Förklaringen härtill torde väl vara att söka deri, att processen i fallet stod på tuberkulös bas. En sådan tuberkulös mediastino-perikardit är relativt mycket sällsynt, och dess diagnosticerande torde väl aldrig kunna ske med full säkerhet. Hayem och Tissier (*Contribution à l'étude de la pericardite tuberculeuse. Rev. de med. 1889, N:o 1*) hafva sökt att gifva en klinisk bild af deu tuberkulösa perikarditen på grund af ett af dem observeradt fall och några andra, 6, ur litteraturen samlade. Enligt dem är densamma ofta latent; den finnes vanligen hos bleka, men kraftiga individer; första symptomet består i en känsla af trötthet och afmagring, till hvilka snart dyspne, näsblod och feber komma till; derefter uppträder ofta lindrig torrhosta, ofta finnes dubbelsidigt pleuraexsudat, ofta ascites, hvilka trots all använd behandling ej gå tillbaka och efter tappning hastigt nybildas; symptomerna från hjertat äro vanligen obetydliga, konstant är endast frånvaro af en hjertspetsstöt och en ej obetydlig ansvällning och nerskjutning af lefvern. Största vigten lägga de på närvaron af en dubbelsidig, kvarstående pleurit, som hastigt återbildas efter punktion och på exsudatets färg, som är mörkgul, med riklig mängd röda blodkroppar och fibrin, samt slutligen på frånvaro af hjertspetsstöten. Möjligheten, att på grund af sådana symptom kunna ställa en diagnos, synes mig mer än tvifvelaktig. Ty intet af de anförda kännemärkena kan anses på något sätt tyda på en synechi af peri-

kardiet. För att blott tala om det viktigaste symptomet, så observeras ju ett försvinnande af spetsstöten så ofta äfven under andra förhållanden, att ett sådant symptom ej kan tillmätas någon betydelse. Hos mycket feta personer, vid emfysem, vare sig detta är organiskt eller endast vikarierande, vid hjertsvaghet och hjertfel, särskildt stenosis af ostium aortæ eller mitralis, kan den saknas.

I mitt fall kunde visserligen tidtals ej någon hjertspetsstöt upptäckas, medan den vid andra tillfällen framträdde tydligt, om också svagt, och detta, jämte frånvaron af dubbelsidig utgjutning i pleurahålorna samt förloppet i öfrigt visar, att de nämnda diagnostiska momenten näppeligen torde kunna anses karakteristiska för en tuberkulös perikardit. Symptombilden visade knappast något enda af de kännetecken, nämnda förf. anföra.

Hvarifrån tuberkulosen utgått, kan naturligtvis endast gissningsvis antydas. Såsom af sektionen framgår, fanns ingenstades utom i mediastinum-pericardium någon tuberkulos, deremot visade körtlarne i mediastinum tydlig ostvandling, i likhet med hvad fallet var i alla af Hayem och Tissier samlade fall. Osannolikt torde ej vara, att här utgångspunkten för tuberkulosen är att söka; något direkt genombrott af någon ostigt degenererad körtel in i mediastinum fanns emellertid icke, utan torde disseminationen hafva egt rum genom lymfkärnen.

Ett fall af kronisk ikterus.

Af O. Tirén.

Under år 1892 hafva vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset förekommit tre fall af kronisk ikterus. Då den exakta diagnosen i dylika fall oftast är mycket vanskelig att ställa, och sålunda hvarje fall måste ega åtminstone sitt kasuistiska intresse, vill jag här redogöra för ett af fallen. Journalen för'd af Kand. Lundmark. De 2 andra fallen äro af Dr Köster relaterade.

Hustru A. K. P. 67 år. Såvidt pat. vet, har ingen af hennes närmaste släktingar lidit af någon sjukdom, liknande patientens, eller öfverhufvud af några rubbningar från bukens organ. Själf har pat. under många år lidit af trög afföring samt besvärats af ofta inträdande väderspänningar. Öppningarne hafva alltid varit förenade med smärtor; ibland betydliga hämorrhoidala blödningar. Pat. har ej lidit af sura uppstötningar, kräkningar eller andra ventrikelsymptom.

En dag i Mars månad detta år öfverfölls patienten efter föregående förkylning på aftonen af upprepade kräkningar. Det uppkräkta utgjordes af matrester och föredde intet ovanligt, var ej svart, ej blodigt. Smärtor i buken förefunnos, men voro ej svåra. Följande morgon var pat. gul öfver hela kroppen. Färgen, som till en början var mera rent ljusgul, har sedan ständigt fortfarit samt blifvit starkare och öfvergått i smutsigt grågul. Huden har känts het och torr. Pat. har besvärats af en häftig klåda, som ofta hållit henne vaken om nätterna. Nästan samtidigt med gulfärgningen af huden började benen och buken att svälla. Svullnaden gick för ett par månader sedan småningom af sig själf tillbaka. I maj månad kände pat. för första gången något hårdt i bukens högra sida, hvilket hon antog vara "en växt"; hon kunde tydligt känna dess

undre kant och har ständigt kunnat följa med dess tillväxt. Pat. har besvärats af nästan ständig först. Hon har ofta varit väderspänd, och såväl väder som fæces hafva afgått trögt; inga koliksmärtor. Svårigheten att få öppning har ökats på sista tiden; täta trängningar till urinerings. Urinen tjock, gulbrun. Under sista månaden af hemmavistelsen har hon legat till sängs; tillståndet har betydligt försämrats. Dagliga kräkningar. Hon har ofta besvärats af hjertklappning, svindel, öronsusningar och svår hufvudvärk. Tungt bröst, lätt andfådd. Lues förnekas. För 10 år sedan hade hon sår i pannan nära hårfästet och i hjessan, i närheten af pilsömmens bakre ända, samt å h. knäet och underbenet, hvilka qvarstått under 1 års tid samt afsöndrat illaluktande var. Såren läktes först efter användande af invärtes medicin. Pat. har haft 2 missfall, sedan dock födt friska barn. Spirituosamissbruk förnekas.

Status præsens d. $\frac{5}{10}$ 1892. Pat. sängliggande. Hullet betydligt reduceradt; utseende nästan kakektiskt. Starkt rigida och slingriga perifera arterer. Huden, scleræ och synliga slemhinnor starkt ikteriskt färgade, men med en smutsgrå färgton, isynnerhet i ansigtet och å extremiteterna. Ingen cyanos. Å pannan och hjessan 2- till 5-öresstora ärr med djup defekt i underliggande ben, hvarest den ärriga huden ej låter förskjuta sig mot det ojämna, gropiga benet. Å högra knäet och underbenet flera liknande ärr. Aptit täml. god oaktadt kräkningarne, sömnen efter inkomsten å sjukhuset god. Temp. afebril. Respirationsfrekvens 24. Urin af svagt sur reaktion, utan alb., men starkt gallfärgad. Buken är något uppdrifven och spänd, ofvanför nafveln mera tillplattad, nedanför den samma mera frambugtande: mäter i omkrets i epigastrium 73 ctm., straxt nedanför nafveln 80 ctm. Den hårda, ej knottriga eller knöliga lefverns undre kant kan kännas på högra sidan i jämhöjd med nafveln, sedan gående öfver denna upp mot 10:de refbenets spets på v. sida. Från lefverns högra del kännas en smalare, kolförmig resistens utgå nedåt fossa iliaca dextra, slutande afrundad nedåt; perkussionstonen öfver densamma starkt dämpad, der nedanför tympanitisk. Lefverns öfre gräns går i mam.-linien till 5:te refbenet. Ingen ömhet vid palpation. Nedåt sidorna af buken blir perkussionstonen likaledes dämpad; dämpningen ändras vid olika sidolägen.

Ingen fluktuation.

Mjeltan når till främre axillarlinien. Vid rektal undersökning intet abnormt. Inguinal- samt öfriga lymfkörtlar något förstörade.

Hjertat. Lindrig voussure. Hjertimpulsen kännes kraftig och lyftande i 5:te reffbensinterstitiet, något utanför mam.-lin. Dessutom kännas diffusa pulsationer öfver hela hjertrakten, i epigastrium, öfver lefvern och i jugulum, der de ock synas. Ingen kapillärpuls, ej ton i art. radialis. Puls kraftig, jämn, freqv. 64. Relat. och absoluta hjertdämpningen något förstörad. 1:sta hjertonen höres vid basen svag och dof, vid aorta och pulmonalis-auskultationsställena ej alls; är der ersatt af ett starkt skafvande blåsljud. 2:dra tonen öfverallt ersatt af ett starkt blåsljud, tydligast öfver aorta.

Efter intagandet å sjukhuset fortforo kräkningarne några dagar, men upphörde småningom. Under tiden från d. 13 — 21 Oktober ökade pat. nära 3 kilo i vikt.

¹⁷/₁₀. Pat. har några dagar klagat öfver ömhet och värk i lefvertrakten, hvilken dock efter ett par dagar gått tillbaka. Den kolfformiga resistensen i högra sidan af buken är betydligt mindre än förut.

²²/₁₀. Buken mera spänd än förut, lefvern uppskjuten ett par ctm. Den ofvannämnda resistensen ej palpabel.

³/₁₁. Buken mindre spänd, resistensen ändock icke palpabel.

Pat. afmattades småningom mer och mer samt afled marantico modo den ¹⁹/₁₁ 92.

Vid *Sektionen* fanns utom andra förhållanden, lefvern å ytan med förtjockadt, seröst öfverdrag, särskildt i flathandsstor utsträckning å h. lefverlobens främre, öfre yta. Här synas variköst utvidgade och slingriga, af gulgrå, tunnflytande, nästan varliknande galla utspända gallgångar med diameter till 4 å 5 ctm. Lefvern mäter resp. 24, 21, 16 och 11,5 ctm. i längd, i bredd öfver h. och v. loben samt i tjocklek. Mikroskopisk undersökning visar en tydlig, dock ej långt framskriden cirrhos. Ductus choledochus något dilaterad, mäter 4 ctm. ofvan duodenum 2 ctm. i omkrets. Vid inträdet i porta hepatis förtränges ductus cysticus totalt, ductus hepaticus partielt, så att endast med möda en fin sond här kan passera. Denna förträngning åstadkommes af en i lefverporten befintlig, svålig, ett par ctm. tjock och 4 ctm. lång, af fast bindväf bestående valk, som omgifver gallgån-

gen och utbreder sig i lefverporten inåt lefversubstansen ett stycke, utan att dock intressera vena porta eller cava inf. Den såväl i muscularis som slemhinna atrofiska gallblåsan innehåller en svartgrön, inspisserad, halffast galla, som efter uttagandet bibehåller blåsans form. Ofvan denna förträngning af ductus hepaticus äro dess förgreningar betydligt dilaterade, nästan lillfingertjocka ända nära ytan af lefvern. Ingenstädes kan i slemhinnan synas ulcerationer. Några hundra gram mörkbrun vätska i buken. I aorta betydlig arterioskleros. Dessutom befanns hjertmuskulaturen betydligt degenererad.

Att under lifvet med bestämhet afgöra, hvaruti orsaken till hennes ikterus låg, var här såsom vanligtvis i dylik fall svårt. Tämmligen klart måste ett hinder i gallgångarne förefinnas och detta på sådant sätt, att såväl i duct. cysticus som hepaticus gallans passage ej var fri; men de närmare förhållandena härvidlag voro så mycket mera oklara. Mot antagandet af en cancer, utgången från ventrikeln och intresserande porta hepatis, talade den akuta början samt pat:s tillökning i vikt under sjukhusvistelsen, om ock de i början envisa kräkningarne samt det kakektiska utseendet kunde stödja antagandet af en sådan orsak; dessutom kunde aldrig någon tydlig tumör palperas. Den ofvan omtalade resistensen, som utgick från lefvern kunde aldrig vara annat än den då utspända gallblåsan, hvilken sedermera minskats i storlek. Huruvida den iakttagna förminskningen berodde på resorption ifrån gallblåsan eller på andra orsaker måste lämnas derhän. Att vidare utsluta cholelithiasis var svårt, om ej omöjligt, i det att en gallsten dels genom att själf sätta sig fast i ductus choledochus dels genom att åstadkomma ulceration och efterföljande ärrbildning eller abscessbildning med cholecystitis och choleaugitis mycket väl kunnat ligga till grund för sjukdomen, liksom i ett af Köster omnämndt fall; sjukdomens början liknade ock rätt mycket ett anfall af gallstenskolik. Dock är att anmärka, att hvarken förut eller senare sådana anfall förekommit. Däremot på grund af de i hufvudet och

på h. benet förekommande ärren, hvilka svårligen kunde bero på annat än syfilitisk affektion, kunde man knappt värja sig från misstanken, att en syfilitisk förändring i lefvern eller dess närhet vore orsaken till symptomkomplexen. Behandlingen blef också därför hufvudsakligen jodkalium i dos af 3 gm de die.

De vid sektionen funna förändringarne, den beskrifna svålen vid lefverporten, den betydliga arteriosklerosen, den börjande lefvercirrhosen i förening med de anmärkta ärren torde väl ock kunna tillåta antagandet af syfilis som grundorsak i detta fall, om ock öfriga tecken saknades.

185

De 18de eeuw was een tijd van grote veranderingen in de wetenschap en de maatschappij. De wetenschap begon zich te ontwikkelen op een systematische manier, en de maatschappij begon zich te organiseren op een rationele manier. Dit was vooral zichtbaar in de opbouw van de universiteiten en de oprichting van de wetenschappelijke verenigingen. De 18de eeuw was ook een tijd van grote literaire en artistieke bewegingen, zoals de Verlichting en de Romantiek. Deze bewegingen hadden een grote invloed op de maatschappij en de cultuur van die tijd.

6000014736



Göteborgs universitetsbibliotek

