per Acta Göteborg

Acta Göteborg: Sahlgrenska sjukhuset

ÅRSBERÄTTELSE

N:o 3.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1893,

UTGIFVEN AF

Öfverläkarne

D:r A. Lindh och D:r H. Köster.

GÖTEBORG,
MEYER & KÖSTER'S BOKTRYCKERI,
1894.

ÅRSBERÄTTELSE

N:o 3.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1893,

UTGIFVEN AF

Öfverläkarne

D:r A. Lindh och D:r H. Köster.

GÖTEBORG,
MEYER & KÖSTER'S BOKTRYCKERI,
1894.

Innehåll:

Ekonomisk öfversigt för år 1893.

af Dr. A. LINDH.

			År 1892.
Mom. 1.			
Sammanlagda antalet sjuke, som året 1893*) varit vårdade på detta sjukhus, utgjorde;			
Qvarliggande från år 1892 på sjukhusets båda afdelningar	169.		
Intagne under år 1893 på d:o	2,372.		
Summa	2,541.	. . .	2,351.
På Medicinska afdelningen:			
Qvarliggande från år 1892	89.		
Intagne under året	1,184.	1,273. . . .	1,190.
På Kirurgiska afdelningen:			
Qvarliggande från år 1892	80.		
Intagne under året	1,188.	1,268. . . .	1,161.
Summa		2,541. . . .	2,351.
Mom. 2.			
Under året *utskrefvos* från sjukhuset såsom friske, förbättrade eller oförbättrade:			
Från Medicinska afdelningen . . .	1,124.		
„ Kirurgiska d:o . . .	1,167.	2,291. . . .	2,027.
Mom. 3.			
Under året utskrefvos *döde:*			
På Medicinska afdelningen	80.		
„ Kirurgiska d:o	35.	115. . . .	155.
Dödlighetsprocenten var således:			
På Medicinska afdelningen	6,28.		
„ Kirurgiska d:o	2,76.		
och på sjukhuset i sin helhet	4,52.		
Mom. 4.			
Qvarliggande till 1893:			
På Medicinska afdelningen	69.		
„ Kirurgiska d:o	66.	135. . . .	169.
Summa		2,541. . . .	2,351.

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

Mom. 5.

Underhållsdagarnes antal var:

På Medicinska afdelningen	28,091.	29,090.
„ Kirurgiska d:o	30,972.	31,747.
Summa	59,063.	60,837.

Mom. 6.

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

För Medicinska afdelningen	76,96.	79,48.
„ Kirurgiska „	84,85.	86,74.
Summa	161,81.	166,22.

Mom. 7.

Medeltalet *underhållsdagar* för hvarje sjuk utgjorde:

På Medicinska afdelningen	22,06.	24,44.
„ Kirurgiska d:o	24,42.	27,34.

Mom. 8.

Från sjukhusets öppnande i Mars månad år 1782 till den 1 Januari 1894 uppgår antalet af vårdade sjuke till . . . . . 94,025.

Mom. 9.

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

Betalande i *privata* rum

à kronor 5,00 om dagen	45.	46.
à „ 4,00 „	80.	63.
	125.	109.

Betalande i *allmänna sjuksalarne*

à kronor 2,00 om dagen	259.	250.
à „ 0,75 „	455.	461.
	714.	711.

Antalet betalande sjuke har således utgjort . . . 839. . . . . 820.

			År 1892.
På *frinummer* vårdades:			
Fattiga sjuka från stadens förs. . .	1,677. . . .	1,496.	
D:o „ främmande „ . .	52.	1,729. 50.	1,546.
Å Silfverhjelmska frisängen		4. . . .	2.
„ Rönnowska d:o		0. . . .	0.
S:ma S:rum		2,572. . . .	2,368.

(Skillnaden i slutsiffran 2,572 här och 2,541 i mom. 1 beror derpå, att 31 sjuke måst uppföras under 2 olika betalningsklasser, eller som både betalande och frinummer).

Mom. 10.

Antalet *underhållsdagar* har utgjort:

För *betalande patienter*	14,152. . .	16,604.
„ *gratis d:o*	44,911. . .	44,233.
Summa	59,063. . .	60,837.

Mom. 11.

Af årets patienter tillhörde:

Göteborgs Domkyrkoförsamling	611. . .	615.
„ Christinæ „	211. . .	192.
„ Garnisons „	10. . .	1.
„ Hospitals & Gamlestadsförsamling .	100. . .	91.
Carl Johans församling	242. . .	232.
Haga „	427. . .	379.
Masthuggets „	556. . .	483.
Mosaiska „	7. . .	4.
Främmande församlingar inom riket	389. . .	352.
Utländingar	19. . .	19.
Summa	2,572. . .	2,368.

Mom. 12.

Betalande sjukes afgifter hafva utgjort:

För de privata sjukrummen . . . Kronor	7,516,—.	9,278,—.
„ „ allmänna „ . . . . „	14,951,25.	16,765,—.
Summa Kronor	22,467,25.	26,043,—.

Till Kassa-Direktören hafva blifvit aflemnade Kronor 24,675,—.

År 1892.

Mom. 13.

Summan af årets utgifter för den egentliga sjukvården belöper sig till . . . . Kronor 97,544,28. 102,870,24.

Mom. 14.

Egentliga kostnaden för hvarje sjuk pr dag har sålunda utgjort . . . . . Kronor 1,65. 1,69.

Mom. 15.

Kostnaden för hvarje sjuk i medeltal . Kronor 38,38. 43,75.

Mom. 16.

Om utgiftssumman, Kr. 97,544,28, divideras med medeltalet sjuksängar, som dagligen varit upptagne, eller 161,81. blir *medelkostnaden för hvarje under hela året underhållen sjuksäng* . . . Kronor 602,83. 618,88.

Mom. 17.

Utgifterna för de *sjukes utspisning* hafva utgjort: För sjukhuskökets mat . . . . Kronor 22,623,30. 24,343,94.

Mom. 18.

Tjenstepersonalens utspisning har kostat Kronor 7,943,89. 8,259,17.

Mom. 19.

Utgiftssumman för de *sjukes utspisning,* fördelad på antalet underhållsdagar, utvisar för hvarje sjuk en *daglig medelkostnad för maten af* . . . öre 38,3. 40,01.

Mom. 20.

Medikamentskostnaden har uppgått

för medicinska afdelningen till	Kr. 4,615,49.	5,728:12.
„ kirurgiska „ „	„ 2,550,19.	2,673,19.
sammanlagdt för båda afdeln.	„ 7,165,68.	8,401,31.

			År 1892.

Mom. 21.

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

på medicinska afdelningen	öre	16,43.	19,69.
„ kirurgiska „	„	8,20.	8,42.

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	4,49.	4,81.
„ kirurgiska „	„	2,11.	2,30.

Mom. 23.

Lyshållningen har kostat:

Gas-komsumtion för hela året . . .	Kronor	3,697,51.	3,317,74.
Fotogénolja, ljus etc.	„	446,16.	608,59.
	Kronor	4,143,67.	3,926,33.

Mom. 24.

Eldningsämnen hafva kostat:

För stenkol 3,454 hl., cokes 278 hl. ved 68,12. f:r och torf 1,210 centner	Kronor	6,692,64.	6,827,48.

Mom. 25.

Sjukhusets *tvätt* har kostat:

För använd såpa och aflöningar till tvättpersonalen	Kronor	4,044,46.	3,954,48.

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 7,216,75. 8,467,23.

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

			År 1892.
Mom. 27.			
Byggnadens underhåll har för året kostat:	Kronor	7,960,80.	4,565,46.
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	„	11,677,83.	11,938,48.
Predikanten	„	600,—.	600,—.
Sekreteraren	„	600,—.	600,—.
Bibliotekarien	„	300,—.	300,—.
Orgelnist	„	150,—.	150,—.
Personligt lönetillägg till Öfverläkaren D:r A. Lindh à 2,500 från 1 Juli 1885	„	2,500,—.	2,500,—.
	Kronor	30,027,83.	30,288,48.
Mom. 29,			
Hushållskontot: Renhållning, parkanläggningens underhåll, diverse utensilier för ångmaskinen etc. npptager en summa af	Kronor	3,738,18.	5,663,77.
Vattenförbrukning	„	6,224,64.	5,369,71.
	Kronor	9,962,82.	11,033,48.
Mom. 30.			
Förvaltningen: tryckningskostnad, porto etc. hafva medtagit en kostnad af	Kr.	2,528,97.	1,712,21.
Mom. 31.			
För uppbörden af de åt sjukhuset anslagna frälseräntorna af donerade hemman i Halland är sjukhuset debiteradt med	Kronor	621,94.	634,31.
Mom. 32.			
Från inventariet äro *afskrifne* för slitna och kasserade persedlar	Kronor	7,335,09.	8,855,11.

Mom. 33.

Sjukhusets alla utgifter och inkomster året 1893, specificerade under sina särskilda titlar efter kassaförvaltarens räkenskaper, förhöllo sig som följer:

A. Utgifter för den egentliga sjukvården:

Utspisning för patienterna	Kr.	22,623,30.	
„ „ tjenstepersonalen . . .	„	7,943,89.	
Medikamenter	„	7,165,68.	
Lyshållning	„	4,143,67.	
Eldningsämnen	„	6,692,64.	
Tvätten	„	4,044,46.	
Renhållningen (skurning & latrinbortförning)	„	822,00.	
Diverse förbrukningsartiklar för sjukvården	„	4,216,75.	
Förvaltningen: skrifmateriel, annonser, porto m. m.	„	2,528,97.	
Aflöningar: till 4 läkare, bibliotekarie, predikant, sekreterare, kommissarie, organist, 2 öfversköterskor, betjening och extra sjukvård	„	30,027,83.	
Inventariet: afskrifning för slitning och kasserade persedlar	„	7,335,09.	97,544,28.

B. Andra Utgifter:

Ungefärlig kostnad för förband m. m. å kirurgiska polikliniken	„	3,000,—.
Vattenförbrukningen, diverse utensilier för ångmaskinen, parkanläggningens underhåll m. m.	„	9,140,82.
Byggnadens underhåll	„	7,960,80.
Uppbörd af Halländska hem:s-räntorna	„	621,94.
Pension till Enkefru Langell . . .	„	500,00.
D:o till f. d. Öfversköterskan Petersén	„	250,00.
D:o till f. d. Sköterskan Anna Abrahamson	„	56,25.
Öfverskott & Brist. C:to	„	4,041,70.
S:ma Kronor		25,571,51.
S:ma S:rum Kronor		123,115,79.

Inkomster:

Tolagsmedel		Kronor	6,000,—.
Intresse-medel: behållning af räntor		„	7,108,21.
Inkomst för betalande sjuke	24,675,00.		
D:o från Fattigvården, för 1,327 sjuke och 35,516 underhållsdagar, af Lesseska fondens ränta bekommen	4,693,23.	„	29,368,23.
Ekmanska donationens afkastning		„	96,40.
Öfverskott af hyror af fastigheten vid Östra Hamngatan		„	4,800—.
Frälseräntorna af Halländska hemmanen		„	3,742,95.
Anslag af staden		„	72,000,—.
		Summa Kronor	123,115,79.

Öfversigt af Sjukhusets ekonomiska ställning vid slutet af år 1893.

Debitorer.

Kassakonto: Behållning enligt kassaboken	Kr.	400,54.
Intressekonto	„	547,59.
Girokonto i Skandinaviska Kreditaktiebolaget Sjukhuset till godo	„	22,001,91.
Depositions Konto	„	1,000,—.
Reverser med inteckningssäkerhet och 4 1/2 % årlig ränta	„	121,000.—.
Allmänna Hypoteksbankens 5 % obligationer från 1877 nominelt 50,000	„	49,125,—.
Sjukhusets hemman i Halland	„	70,000,—.
Frälseräntorna af d:o d:o	„	3,742,95.
Ekmanska donationen i Kilanda säteri	„	1,000,—.
Fastigheten vid Östra Hamngatan	„	75,000,—.
Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets byggnader	„	240,000,—.
Inventariers konto	„	61,254,76.
Ved och kolkontos behållning vid årets slut (28 f:r ved, 1,357 hektol. stenkol, 100 ctr torf)	„	2,250,—.
Fem aktier i Kampenhofs spinneribolag i Uddevalla, värderade till inalles*)	„	6,000,—.
En Svenska statens jernvägsobligation N:o 104,408	„	33,75.
	Summa Kr.	653,356,50.

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

Kreditorer.

Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto	Kr.	240,000,—.
Sahlgrenska sjukhusets kapilatkonto	„	282,122,59.
Westringska donationen N:o 1	„	12,650.—.
„ „ 2	„	18,553,48.
„ „ 3	„	1,092,02.
Donationer till Allm. och Sahl. 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	„	5,105,36.
Fru Albertina Dorotea Jacobsens donation . .	„	29,600,82.
Afkastning i räntor etc. af samma donation . .	„	1,060,52.
(Af donationens afkastning skall $^1/_3$:del utgå till donators syster, så länge hon lefver).		
Conto pro Diverse (obetalta räkningar)	„	7,672,32.
Öfverskott och Bristkonto:		
Till öfverskott, befintligt vid 1892 års slut stort . . . . . Kr. 18,345,30.		
kommer öfverskottet från 1893. . „ 4,041,70.		
öfverskottssumman blir således nu	„	22,387,—.
Summa	Kr.	653,356,50

Medicinska afdelningen

Öfverläkare Med. Dr. **H. Köster.**

Rapport

afgifven af

H. KÖSTER.

Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Medicinska Afdelning vårdade sjuke och sjukdomar år 1893.

Sjuke personer:	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde: friske.		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1894	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
invertes	38	51	643	541	681	592	315	253	253	221	34	48	49	31	30	39
Sjukdomar:																
II. Morbi seniles.																
Marasmus	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
III. Morbi contagiosi et miasmatici acut.																
Variola	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1]	—	—	—	—
Varicellæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febricula	—	—	2	2	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris typhoides	1	1	16	14	17	15	5	8	—	—	12[1]	7[1]	—	—	—	—
Cholera asiatica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1]	—	—	—	—
„ nostras	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Parotitis epidemica	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza	—	—	3	3	3	3	2	2	1	—	—	—	—	—	—	1
Erysipelas faciei	2	4	22	20	24	24	23	22	—	1	—	—	1	—	—	1
„ pharyngis et laryngis	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ aliorum regionum	—	1	10	5	10	6	9	4	—	—	—	—	1	2	—	—
„ ambulans	—	1	2	2	2	3	1	3	—	—	—	—	1	—	—	—
Pyæmia	—	—	2	2	2	2	1	—	—	—	—	1[2]	1	1	—	—

[1]) Remitterade till Epidem. sjukhuset.
[2]) „ „ Kirurg. afdeln.

Febris puerperalis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Urethritis gonorrhoica	2	—	2	—	4	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Cystitis „	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Epididymitis „	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Funiculitis „	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Prostatitis „	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bartholinitis „	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Conjunctivitis „	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumat. artic. gonorrhoic.	1	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Meningitis cerebro-spinalis epidemica	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
IV.																
Morbi contagiosi et miasmatici chron.																
Tuberculosis pulmonum	4	2	50	28	54	30	—	—	38	21	7	5	4	1	5	3
„ laryngis	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
„ renis	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3[1]	—	—	—	—	—
Cystitis tuberculosa	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Peritonitis „	—	—	3	3	3	3	—	1	—	—	2	2[1]	1	—	—	—
Pericarditis „	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Lymphadenitis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis intestinalis	1	1	1	—	2	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—
Tuberculosis miliaris acuta	—	1	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—
Syphilis	—	—	2	4	2	4	1	3	—	—	1	1[2]	—	—	—	—
„ laryngis	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
„ cerebri et meningum	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Gumma cutanea	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Febris intermittens	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Actinomycosis pulmonum	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[3]	—	—	—	—
V. **Cachexiæ.**																
Chlorosis	—	2	—	21	—	23	—	2	—	19	—	—	—	—	—	2
Anæmia	—	5	5	24	5	29	2	2	3	26	—	—	—	—	—	1
Morbus maculosus Werlhofii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Purpura simplex	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) 1 pat. remitterad till Kirurg. afdeln.
[2]) Remitterad till Holtermanska sjukhuset.
[3]) „ „ Kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Lenchæmia	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Anomia pernicosa progressiva	—	—	2	2	2	2	—	—	1	2	—	—	—	—	1	—
Degen. amgloiden intistinalis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
IV. Intoxicationes chron.																
Morphinismus chron.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Alcoholismus „	2	—	41	3	43	3	—	—	40	2	2	1	—	—	1	—
Delirium tremens	1	—	33	3	34	3	31	2	—	—	1[1])	1	—	—	2	—
Ataxia alcoholica	—	—	3	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Epilepsia potatorum	—	—	5	1	5	1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	—
Cuprismus chron.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nicotinismus „	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bromismus „	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
VII. Morbi psychici.																
Melancholia	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Paranoia	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Dementia paralytica	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Psychosis hysterica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
„ post influenzam	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
VIII. Morbi systematis nervosi.																
Hyperæmia cerebri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmorrhagia „	—	—	3	2	3	2	—	—	2	1	1	1	—	—	—	—
Thrombosis „	—	—	9	4	9	4	4	—	2	1	—	2	1	1	2	—
Embolia „	—	1	1	1	1	2	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
Encephalitis acuta	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

[1]) Remitteradt till Hospital.

Meningitis cerebralis acuta	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pacchymeningitis hæmorrhagica int.	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Hemiplegia spastica infantilis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Hemianopsia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralysis glosso-labialis-laryngea acuta	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Myelitis chronica	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
„ e compressione	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Tabes dorsalis	—	—	1	1	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Sclerosis cerebrospinalis disseminata	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Atrophia muscul. progressiva	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Paraplegia	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Dystrophia musc. progressiva	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Paralysis spinalis spastica	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Neuritis nervi trigemini	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ degenerativa multiplex	1	—	1	2	2	2	1	—	1	1	—	—	—	—	—	1
Neuralgia brachialis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ischiadica	—	—	6	3	6	3	5	3	—	—	—	—	—	—	1	—
Paralysis nervi facialis	—	—	1	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
„ „ abducent	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Epilepsia	—	—	6	2	6	2	—	—	5	2	—	—	—	—	1	—
Convulsiones	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Chorea	—	—	6	5	6	5	5	4	—	—	—	—	—	—	1	1
Hysteria	—	2	—	10	—	12	—	1	—	9	—	2	—	—	—	—
Hypochondria	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Neurasthenia	—	3	8	22	8	25	—	—	7	22	—	1	—	—	1	2
Morbus Basedowi	—	—	—	4	—	4	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—
Diabetes mellitus	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Paralysis agitans	—	—	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Tetania	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Hemicrania	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Cephalalgia	—	—	4	1	4	1	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Coxalgia	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Neurosis traumatica	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Coxalgia „	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske.		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Simulatio	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Vertigo	—	—	4	1	4	1	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—
IX. Morbi oculi.																
Symblepharon	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
Conjunctivitis	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Keratitis	—	—	2	1	2	1	1	1	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Nystagmus	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Dacryocystitis	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1[1])	—	—	—	—	—
X. Morbi apparat. auditorii.																
Otitis media	—	1	3	1	3	2	1	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Morbus Menièri	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Morbi organ. circulationis.																
Pericarditis	1	—	4	1	5	1	3	—	—	—	2	—	—	—	—	1
Myocarditis	—	—	—	3	—	3	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—
Endocarditis	1	1	10	23	11	24	—	3	5	16	1	3	4	—	1	2
„ ulcerosa	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Cor adiposum	2	4	41	19	43	23	—	—	24	15	9	4	8	3	2	1
Vit. org. cordis	2	3	25	18	27	21	—	—	21	14	2	2	3	2	1	3
Tachycardia	1	—	3	—	4	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Bradycardia	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1
Arteriosclerosis	—	2	7	2	7	4	—	—	4	1	2	2	—	—	1	1
Aneurysma	1	—	1	1	2	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Varix	—	—	1	2	1	2	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—
Hæmorrhoides	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till Kirurg, afdeln.

Phlebitis	—	—	2	2	2	2	—	1	—	1[1])	2[1])	—	—	—	—	—
Thrombosis cordis	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
„ venae femoralis	—	1	2	2	2	3	—	—	—	1	1	—	—	—	1	2
Embolia art. pulmonalis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Infarctus lienis	—	2	1	3	1	5	—	—	—	—	1	5	—	—	—	—
Lymphangitis	—	—	3	—	3	—	1	—	1[1])	—	1[1])	—	—	—	—	—
Lymphadenitis	—	—	4	1	4	1	2	1	—	—	1	—	—	—	1	—
Synechia pericardii	1	1	3	1	4	2	—	—	1	—	3	2	—	—	—	—
Hypertrophia cordis	—	—	2	1	2	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
Dilatatio cordis acuta	—	1	7	2	7	3	1	—	5	—	1	3	—	—	—	—
Hypertrophia lienis	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
XII. Morbi organ. respirationis.																
Epistaxis	1	—	3	3	4	3	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Laryngo-tracheitis acuta	—	—	3	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Laryngitis chron.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Pleuritis acuta exsudativa	4	3	24	20	28	23	24	15	—	2	1	3	—	—	3	3
„ „ sicca	—	—	7	1	7	1	4	1	—	—	3	—	—	—	—	—
Empyema	1	1	7	2	8	3	3	—	1[1])	—	4[1])	2[1])	—	—	—	1
Pyopneumothorax	—	—	1	—	1	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—	—	—
Seropneumothorax	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Bronchitis acuta	—	2	38	25	38	27	35	22	3	3	—	—	—	—	—	2
„ chron.	3	4	23	13	26	17	3	2	15	10	4	1	—	—	4	4
Brochiectasia	1	—	1	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Oedema pulmonum	—	—	3	1	3	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Hæmoptysis	1	1	24	6	25	7	22	7	—	—	2	—	—	—	1	—
Infarctus pulmonum	—	3	3	3	3	6	2	3	—	—	1	3	—	—	—	—
Pneumonia acuta	2	2	89	31	91	33	77	24	3	2	1	1	6	5	4	1
Bronchopneumonia	1	2	18	13	19	15	8	6	—	—	10	7	—	—	1	2
Pneumonia chron. interstitialis	—	—	1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—
Anthracosis pulmonum	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Emphysema „	2	1	22	4	24	5	—	—	21	3	—	—	—	1	3	1
Asthma „	1	—	—	4	1	4	—	1	1	2	—	—	—	—	—	1
Abscessus „	—	1	2	2	2	3	1	—	—	1	1	1	—	1	—	—
Hydrothorax	2	—	16	6	18	6	12	3	1	—	5	3	—	—	—	—

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
XIII. **Morbi organ. digestionis.**																
Angina tonsillaris	2	3	19	24	21	27	21	26	—	—	—	—	—	—	—	1
Pharyngitis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Cat. ventr. acutus	—	—	2	14	2	14	2	14	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ chron.	—	2	13	21	13	23	1	3	11	18	1	—	—	—	—	2
Ulcus ventriculi	—	10	8	35	8	45	4	32	3	9	—	1	—	—	1	3
Dilatatio ventriculi	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Hyperemesis gravidarum	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Dyspepsia	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Cat. gastro-intest. acut.	—	—	6	2	6	2	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ chron.	—	1	2	1	2	2	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—
Entero-colitis acuta	—	—	10	—	10	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ chron.	1	—	5	2	6	2	5	—	—	1	1	—	—	—	—	1
Typhlitis	—	—	4	5	4	5	4	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Perityplitis	1	—	3	9	4	9	2	4	1	3[1])	1[1])	1[1])	—	—	—	—
Ileus	—	—	4	3	4	3	2	2	1[1])	—	1[1])	—	—	1	—	1
Hernia inguinalis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
„ lineæ albæ	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Fistula ani	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Helminthiasis	—	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Peritonitis acuta	—	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—
„ chron.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ perforativa	—	1	—	1	—	2	—	—	—	1[1])	—	—	—	1	—	—
Parotitis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1[1])	—	—	—	—
Hæmatemesis	—	—	4	—	4	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Obstipatio alvi	—	—	—	3	—	3	—	1	—	1	—	1[1])	—	—	—	—
Uleus flex. sigmoideæ c. abscess. stercor.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.

Ascites	1	1	10	8	11	9	5	3	—	—	6	6	—	—	—	—
Icterus catarrhalis	—	—	2	3	2	3	2	1	—	1	—	1	—	—	—	—
Cholelithiasis	—	—	—	4	—	4	—	3	—	—	—	1[1]	—	—	—	—
Abscessus hepatis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1]	—	—	—	—	—
Cirrhosis hepatis	—	—	5	4	5	4	—	—	1	—	2	4	2	—	—	—
„ „ hypertrophica	1	—	1	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Hypertrophia hepatis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Cholecystitis acuta	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
XIV. Morbi apparat. uropoet. et genit. mascul.																
Nephritis acuta	2	—	19	19	21	19	17	15	3	1	1	1	—	1	—	1
„ chron.	6	2	23	23	29	25	—	1	17	10	6	10	4	3	2	1
Pyonephrosis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1[1]	—	1[1]	—	—	—	—
Nephrolithiasis	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ren mobilis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Infarctus renis	—	1	1	2	1	3	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Cystitis acuta	—	—	3	6	3	6	2	5	1	—	—	1	—	—	—	—
„ chron.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
„ ulcerativa	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Cystospasmus	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Enuresis nocturna	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Prostatitis	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Urethritis		—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Uræmia	—	—	1	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Orchitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albuminuria cyclica	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Hæmaturia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pyelitis	—	—	3	3	3	3	2	1	1	—	—	2	—	—	—	—
XV. Morbi organ. genit. feminin.																
Metritis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Endometritis	—	—	—	4	—	4	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—
Retroflexio uteri	—	—	—	6	—	6	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	vq.	m.	qv.
Salpingitis	—	—	—	6	—	6	—	—	—	2	—	—	—	1	—	3
Oophoritis	—	—	—	3	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Pelveoperitonitis	—	—	—	4	—	4	—	1	—	1[1]	—	—	—	—	—	2
Parametritis	—	1	—	5	—	6	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—
Perimetritis	—	—	—	5	—	5	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—
Menorrhagia	—	—	—	5	—	5	—	4	—	—	—	1[1]	—	—	—	—
Oedema vulvæ	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Mastitis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Dysmenorrhœa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
XVI. Morbi org. locomotionis et ossium.																
Rheumat. musc. acutus	1	—	23	6	24	6	22	6	1	—	—	—	—	—	1	—
Myositis acuta	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ fibrosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Rheumat. musc. chron.	2	—	16	12	18	12	3	—	15	10	—	1	—	—	—	1
Ileo-psoitis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	1[1]	—	—	—	—	—
Pes planus	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Synovitis genus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arthroitis genus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hydarthrosis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumat. art. acutus	2	3	34	52	36	55	30	46	4	3	—	—	—	—	2	6
Peliosis rheumatica	—	—	3	4	3	4	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumat. art. chron.	1	2	4	6	5	8	—	—	5	7	—	1	—	—	—	—
Arthritis deformans	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Malum coxæ senile	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Periostitis	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.

Spondylitis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Necrosis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1]	—	—	—	—	—
XVII. Morbi syst. cutis et telæ connexivæ.																
Erythema nodosum	—	2	1	2	1	4	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—
„ multiforme	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Urticaria	—	—	2	3	2	3	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Psoriasis	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Eczema	1	1	18	14	19	15	13	13	6	1	—	—	—	—	—	1
Prurigo	—	—	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Acne	—	—	1	3	1	3	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—
„ rosacea	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
„ varioliformis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Lupus erythematosus	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Elephantiasis chron.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Impetigo	—	1	1	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecthyma	1	—	1	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Favus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes tonsurans	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scabies	—	—	13	11	13	11	13	11	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pruritus	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ ani	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus, Phlegmone	—	—	12	2	12	2	6	1	1[1]	—	5[1]	1[1]	—	—	—	—
Angina Ludovici	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Furunculosis	1	—	2	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus anticruris	—	—	4	2	4	2	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—
Cellulitis	—	—	1	7	1	7	—	4	1	2	—	—	—	—	—	1
Emphysema subcutaneum	—	—	1	—	1	—	—	—		—	1[1]	—	—	—	—	—
XVIII. Tumores.																
Cancer cerebri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ oesophagi	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2[1]	—	—	—	—

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde: friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1894	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Cancer ventriculi	—	—	5	2	5	2	—	—	2	—	1	2	2	—	—	—
„ hepatis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
„ coli	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
„ uteri	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2[1]	—	—	—	—
„ ovarii	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
„ gland. lymphat. mesent.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ ossium multiplex	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Polypus nasi	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Tumor vesicæ	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1[1]	—	—	—	—	—
„ ossis ilei	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1]	—	—	—	—
XIX. Vulnera et Intoxicat. acut.																
Fractura costarum	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Distorsio pedis	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Contusio coxæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ thoracis	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ anticruris	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Vulnus contusum	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Congelatio	—	—	2	1	2	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Ictus fulminis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus acutus	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intox. ex æther. spirit.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ e vaporib. candent.	—	—	2	2	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Phosphorismus acutus	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Intox. exacidi sulphurici	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ e vaporib. olei anilin.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	71	101	1080	865	1151	966	556	413	339	303	1552	1472	49	31	52	72

[1]) Remitterad till Kirurg. afdeln.
[2]) Af dessa funnos 166 hos aflidna personer, utan att vara dödsorsak.

Under året hafva å Medic. afdelningen vårdats 1273 patienter eller 83 fler än föregående år, och af dessa hafva 80 eller 6,28 % aflidit.

Å polikliniken hafva behandlats 7648 patienter.

10 Medicine Kandidater hafva deltagit i journalskrifningen och i ronderna.

Öfversigt af
de primära dödsorsakerna
å Medicinska afdelningen.

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

	m.	qv.
Meningitis cerebro-spinalis purulenta 1)	1	—
Tuberculosis pulmonum 2)	1	—
Thrombos. art. basilaris 3)	1	—
Degeneratio cordis	1	—
Pneumonia acuta 4)	3	2
Cirrhosis hepatis 5)	1	—
Pyclo-nephritis	—	1
Summa	8	3

B. *Patienter, behandlade längre än 3 dygn å sjukhuset.*

a) **Obotliga sjukdomar.**

	m.	qv.
Tuberculosis pulmonum 6)	3	1
Pericarditis tuberculosa 7)	1	—
Peritonitis „ 8)	1	—
Tuberculosis miliaris acuta 9)	2	2
Leuchæmia	1	—
Myelitis	1	—
Endocarditis ulcerosa 10)	1	—
Embolia art. pulmon. 11)	1	—
Peritonitis perforativa 12)	—	1
Cancer ventriculi	2	—
„ coli 13)	1	—
„ gland. lymphat. 14)	—	1
„ ovarii 15)	—	1
Tumor cerebri	—	1
Intoxicatio phosphorea	1	—
Summa	15	7

b) Öfriga sjukdomar:

	m.	qv.
Erysipelas 16)	3	2
Pyæmia 17)	1	1
Thrombosis cerebri 18)	—	1
Embolia „ 19)	—	1
Endocarditis acuta 20)	4	—
Degeneratio cordis 21)	7	3
Vit. organ. cordis 22)	3	2
Pneumonia acuta 23)	3	3
Emphysema pulmonum 24)	—	1
Abscessus pulmonum 25)	—	1
Peritonitis acuta 26)	—	1
Ileus 27)	—	1
Cirrhosis hepatis 28)	1	—
Nephritis chron 29)	4	3
Pyosalpinx 30)	—	1
Summa	26	21

1) ett fall: Meningitis cerebro-spinalis purulenta + Encephalitis acuta hæmorrhagica circumscripta multiplex.

2) ett fall: Tuberculosis pulm. c. cavernis + Tuberculosis renis dext. + Degen. cordis + Oedema pulmonum

3) ett fall: Thrombosis art. basilaris et cerebelli sup. et med. sin. c. ramollit. hemisfer. sin. cerebelli et pontis sin + Degen. cordis + Bronchopneumonia.

4) ett fall: Pneumonia acuta + Degeneratio cordis.
ett fall: „ „ + Tuberculosis pulm incip. + Cholecystitis acuta.
ett fall: „ „ + Arteriosclerosis + Myocarditis fibrosa + Degen. cystica ren. sin + Nephrit. chron. interst. ren. dext. + Erysipelas faciei.

5) ett fall: Cirrhosis hepatis + Hæmorrhagia ventriculi.

6) ett fall. Tuberculosis pulm. c. cavernis + Peritonitis tuberculosa + Tuberculos. lienis + Degen. cordis.
ett fall: Tuberculosis pulm. c cavernis + Tuberculosis epididymid. et vesic. seminal.

7) ett fall: Pericarditis tuberculosa + Pleuritis exsudat. tubercul. bilat. + Peritonitis subphrenica incip. + Tubercul. apic. pulm. sin. incip. + Tubercul gland. bronch

8) ett fall: Peritonitis tuberculosa + Ulcera tuberculosa intest. ilei cum perforatione + Tuberculosis pulm. et renum.

9) ett fall: Tuberculosis miliaris acuta + Vit. org. cordis (Stenosis ostii mitral.) + Endocarditis valv. aortæ.

10) ett fall: Endocarditis ulcerosa + Hypertrophia et dilat. cordis + Emboliæ + Nephrit. chron. hæmorrhag.

11) ett fall: Embolia art. pulm. + Thrombosis venæ femoral. et plexus pudendal.
12) ett fall: Peritonitis perforat. + Ulcus flexuræ sigmoideæ perforans + Rheumat. nodos.
13) ett fall: Cancer ffexuræ coli dextræ gangrænos. c. perforatione et abscessus reg. hypochond. dextra.
14) ett fall: Lymphocarcinoma gland. mesenter. + Cancer cerebri et vesicæ felleæ et intest tenis + Bronchopneumonia dextra
15) ett fall: Cancer ovarii + Cancer disseminat. peritonei et hepatis + Myoma uteri + Bronchopneumonia.
16) ett fall: Erysipelas extremit inf. sin. + Gumma cutan. + Cirrhosis hepatis syphilitica.
ett fall: Erysipelas gangrænosus anticrur. + Bronchopneumonia c abscesus incip.
ett fall: Erysipelas gangrænosus anticrur. + Nephritis acuta.
ett fall: „ faciei et capitis + Bronchopneumonia + Degen. cordis.
ett fall: „ ambulans + Pleuritis sin. + Hæmorrhagiæ pleurales et pericardii + Abscessus retrosternalis.
17) ett fall: Pyæmia + Myelitis transversa + Atrophia nervi optici + Decubitus + Encephalitis corticalis circumcripta post meningit. + Abscessus pulmon. et renum + Cirrhosis hepatis.
ett fall: Pyæmia + Prostatitis purulenta + Parotitis dextra metastatica purulenta + Degen. et dilatatio cordis + Nephritis chron. + Bronchopneumonia + Angioma hepatis.
18) ett fall: Thrombosis cerebri + Endarteriitis syphilitica aortæ + Nephritis chron. interstitialis c. exacerbatione acuta.
19) ett fall: Embolia cerebri multiplex + Degen. cordis + Thrombosis atrii sin. globosus + Infarctus renis et lienis.
20) ett fall: Endocarditis acuta valv. aortæ + Nephritis chron. hæmorrhag. + Cirrhosis hepatis.
ett fall: Endocarditis acuta valv. aortæ + Infarctus lienis + Lymphadenitis colli + Hydropericardium.
ett fall: Endocarditis acuta valv. aortæ + Dilatatio cordis + Pericarditis + Pleuritis exsud. sin + Pneumonia acuta sin.
ett fall: Endocarditis acuta valv. aortæ + Hypertrophia et dilatatio cordis + Nephritis chron hæmorrhagica + Hydropericardium.
21) ett fall: Degen. cordis + Bronchopneumonia.
ett fall: „ „ + Cirrhosis hepatis syphilitica
ett fall: „ „ + Thrombus globosus cordis + Infarctus pulm. Thrombosis cerebri + Infarctus lienis et renis + Nephritis chron. interstitialis.
ett fall: „ „ + Synechia pericardii + Cirrhosis hepatis.
ett fall: „ „ + Gangræna post erysipel. anticrur. + Phlebitis venæ femoralis + Colitis chron.
ett fall: „ , + Endarteriitis diffusa aortæ + Perforatio aortæ c. aneurysma sacciforme + Insuffic, ostii aortæ et mitralis relat.
22) ett fall: Vit. org. cordis (Insuffic. et stenosis ostii mitralis) + Thrombus globosus atrii sin. + Infarctus pulmon. et lienis + Pacchymeningitis hæmorrhagica interna.
ett fall: „ „ „ (Insuffic ostii mitralis et tricuspid.) + Degen. cordis + Synechia pericardii + Infarctus pulm. + Nephritis chron. interstit. + Colitis ulcerativa.
ett fall „ „ „ (Insuff. et stenosis ostii aortæ) + Degen. cordis + Synechia pericardii + Perioedema cyst. felleœ.

ett fall: Vit. org. cordis (Stenosis ostii aortæ) + Arteriosclerosis + Sclerosis art. coronariae + Dilatatio ventriculi + Bronchopneumonia.

23) ett fall: Pneumonia acuta + Degen. cordis.
ett fall: „ „ sin. + Pericarditis + Pleuritis sicca dextra.

24) ett fall: Emphysema pulmon. + Cirrhosis hepatis + Nephritis chron. interstit. senil. incip.

25) ett fall: Abscessus multip. pulm. ambor.

26) ett fall: Peritonitis purulenta + Pneumonia hypostatica + Perimetritis chron. + Endometritis hæmorrhagica.

27) ett fall: Ileus (Incarceratio ilei retrouterina c. gangræna incip. + Peritonitis incipiens + Thrombosis art fossæ Sylvii + Degen. cordis + Synechia pericardii + Arteriosclerosis + Pleuritis exsudat. dextra + Bronchopneumonia sin. + Nephritis chron. interst. + Infarctus lienis et renum + Thrombosis auriculæ dextræ + Pacchymeningitis hæmorrh. int.

28) ett fall: Cirrhosis hepatis syphilitica + Abscessus subhepaticus + Endarteriitis circumscripta syphilitica.

29) ett fall: Nephritis chron. hæmorrh. + Endocarditis verrucosa valv. aortæ et mirialis.
ett fall: „ „ interstitialis + Bronchopneumonia.
ett fall: „ „ „ + Endocarditis valv. aortæ + Hæmorrhagia cerebri sin.
ett fall: „ „ amyloidea + Parametritis suppurativa.
ett fall: „ „ „ + Degen. amyloidea intest. + Bronchopneumonia + Infarctus lienis.
ett fall: „ „ interstitialis + Hæmorrhagia mening. caudae equinae et region. cervical. + Pneumonia acuta dextra + Bronchopneumonia sin. + Uræmia.

30) ett fall: Salpingitis bilat purulenta + Peritonitis diffusa + Bronchopneumonia bilat. purulenta + Pleuritis sin. + Pyæmia.

Ett fall af cholelithiasis med cholecystitis et cholangitis suppurativa jämte kronisk indurativ pankreatit. (cancer incipiens).

Af H. Köster.

Till de svårare diagnostiska problem, som erbjudas läkaren, hör otvifvelaktigt att bestämma anledningen till en kronisk ikterus, och detta icke så mycket på grund af mängden af sjukdomar, som kan gifva anledning till en sådan sjukdomsbild, utan framförallt på grund af de obetydliga symptom, som de nämda grundlidandena ej sällan framkalla, och som göra en bestämd diagnos omöjlig. Hvilka öfverraskningar, man vid sektionen kan utsättas för, visar bland annat ett fall, jag för en tid sedan hade tillfälle meddela, i hvilket anledningen befanns vara en primär cancer uteslutande i papilla Vateri. I dag tillåter jag mig anföra ett annat fall, som äfven det vid sektionen var rikt på öfverraskningar, i det de funna förändringarne på intet vis motsvarades af de under lifvet uppträdande symptomen.

Fröken M. F. B., 77 år. Int. d. $^{15}/_{8}$ 92, död d. $^{26}/_{9}$ 92.

Anamnes: Pat. har upprepade gånger lidit af "rosen" i benen och har för många år sedan haft nervfeber, men för öfrigt i allmänhet åtnjutit god helsa och varit i ständig verksamhet. I hereditärt hänseende intet att anmärka. I många års tid har hon dock lidit af lindriga symptom från ventrikeln, i det hon ofta haft sura uppstötningar, oberoende af måltiderna; matlusten har dock i allmänhet varit god, kräkningar eller svåra smärtor i maggropen har hon aldrig besvärats af. I midten af Juli månad detta år märkte pat., att huden började gulna, utan att hon för öfrigt mådde illa, särskildt kände hon inga smärtor eller svårare magsymptom. Afföringen blef gråhvit, lös. Sökt

läkare upplyste pat. om, att hennes lefver var i olag. Då tillståndet ej förändrades, sökte pat. inträde å sjukhuset. Den enda förändring, hon tyckte sig märka sedan sitt insjuknande, var, att hon skulle magrat något.

Status præsens d. $^{8}/_{8}$ 92. Pat., hvars hull är synnerligen rikligt utveckladt, ligger till sängs. Intelligensen är fri, sömnen dålig på grund af en intensiv klåda, som forfar dag och natt, aptiten är dålig, afföringarne lösa, kittliknande. Urinen är mörkt brunfärgad, fri från ägghvita, dess mängd ringa. Pulsen är jämn, full, 70 i minuten. Kroppsvigt 83,8 kgm.

Pat. besväras endast af den nyssnämda intensiva klådan, som är så svår, att hon ej kan motstå begäret att rifva sig. Hon känner sig något matt, men besväras eljest icke af vare sig smärtor, magsymptom eller andra obehag.

Huden befinnes liksom sclerœ intensift gulfärgade. Öfverallt i huden synas dels större och mindre subkutana blödningar, från punktformiga till 5-öre stora, talrikast framträdande å bukhuden, dels ytliga exkoriationer, de senare såsom märken efter patientens rifvande.

Buken ej väsentligt uppdrifven, ingenstädes markerar pat. vid palpation någon ömhet, ej heller kan någon abnorm resistens kännas. Perkussiontonen full och klar öfverallt. Lefverns öfre gräns normal; den nedre når i mammillarlinien 6,5 ctm. nedom bröstkorgsranden, och dess kant kännes såsom en jämn, afrundad, fast rand, som vid starkare palpation ömmar något. Lefverns yta kännes öfverallt slät och jämn, någon gallblåsa kan ej palperas, ej heller finnes någon särskild ömhet motsvarande gallblåsetrakten. Mjelten är icke förstorad. Afföringarne hafva någon enda gång under patientens första tid å sjukhuset varit lindrigt brunfärgade, men i allmänhet och konstant på sista tiden haft gråaktigt utseende.

Patientens tillstånd förblef oförändradt (undantag se nedan) under en längre tid, afföringar framkallades endast genom lavemang, temperaturen visade konstanta exacerbationer till 38° och högst 38°,5 på qvällarne, medan morgontemperaturen alltid var normal; under tiden från $^{8}/_{9}$—$^{21}/_{9}$ var patienten dock feberfri, hvarefter ånyo de omnämda temperaturstegringarne på aftonen, alltid utan frysningar eller annat illamående, uppträdde.

$^{9}/_{8}$. Pat. har i natt kräkts upp något svartbrunt blod och klagar öfver stor mattighet.

$^{22}/_{9}$. Betydliga blodiga afföringar, som fortsatte till d. $^{26}/_{9}$, då pat. afled. Lefverns volym hade hela tiden bibehållit sig oförändrad.

Vigt: $^{6}/_{8}$ 83,8 kgm.
$^{13}/_{8}$ 83, „
$^{24}/_{8}$ 82, „
$^{29}/_{8}$ 80,7 „
$^{7}/_{9}$ 77,5 „

Sektion d. $^{27}/_{9}$ 92. Liket visar en höggradigt ikterisk färgning af huden och conjunctivæ; i huden finnas öfverallt blåvioletta fläckar, motsvarande gamla blödningar i den subkutana väfnaden. Panniculus adiposus kolossalt utbildad. Hjertsäcken är tom, hjertat höggradigt fettbelagdt, mäter 11×11 ctm., slappt. Högra kammaren utan anmärkning, om man undantager en lindrig kadaverös blodimbibition af valvlerna, dess muskelvägg mäter 3 mm. Venstra kammarens valvler kadaveröst blodimbiberade, aortavalvlerna sluta, men äro något tjocka och ogenomskinliga, muskulaturen mäter 11 mm., är grumlig, blekbrun och skör. Aortas insida visar talrika gula, ej bortskrapbara fläckar. Lungorna visa intet anmärkningsvärdt, äro öfverallt luftförande, pleurahålorna äro tomma. I bukhålan ingen ascites, tarmarne äro mörka, deras innehåll svartaktigt, tunnt, utan gallstenar, inga ulcerationer i den blodimbiberade slemhinnan. Magen innehåller likaledes tunnflytande svartaktiga massor, slemhinnan delvis svartaktigt missfärgad, inga ulcerationer i densamma. I duodenum springer papilla Vateri tydligt fram, vid tryck å densamma framkommer varliknande, tjockt sekret; en sond kan med lätthet införas genom densamma ända upp till gallblåsan och in i lefvern, sedan den öfvervunnit ett lätt hinder vid mynningen. Efter gallgångens uppklippning befinnes densamma ung. 1 ctm. ofvanför utmynningsstället i duodenum vara förträngd och derofvanför betydligt utvidgad, i det den straxt ofvanför förträngningen mäter 1,5 ctm. i omkrets, vid ductus cysticus' inmynningsställe 2,5 ctm.; ductus cysticus och hepaticus äfvenledes betydligt dilaterade, så att i den senare sond med lätthet kan föras ända till lefverns periferi. Den omnämda förträngningen, motsvarande hvilken ductus choledochus är fastväxt vid bakom- och kringliggande väfnader, hvilka kännas svåliga och visa talrika mörka pigmentfläckar såsom rester af föregående blödningar, bildas genom en ärrig förtjockning af slemhinnan, som här till största delen är för-

störd och ersatt af en öfver den ofvan- och nedanför befintliga slemhinnan framspringande hvitgul, fast bindväfsmassa; denna intar dock ej hela ductus choledochus' omkrets, utan lemnar ett ung. 3 mm. bredt slemhinneparti, motsvarande högra bakre delen, med relatift oförändrad slemhinna qvar. Slemhinnan i ofvanför förträngningen liggande del af ductus är förtjockad, gulaktigt grumlig, med spridda små blödningar, och samma är förhållandet med de ini lefvern belägna gallgångarnes slemhinna; gallgångarne äro fylda af en purulent, slemmig vätska. Gallblåsan är något utspänd, innehåller riklig mängd rent varliknande sekret jämte tvenne ungefär nötstora gallstenar med öfverallt knottrig, björnbärsliknande, ljusgul yta. Inga stenar kunde anträffas i ductus choledochus eller gallgångarne. Lefvern mäter i bredd 24 ctm., högra loben framifrån bakåt 17, venstra 16 ctm., dess tjocklek är 7 ctm.; den är å ytan grågrön, slapp till konsistensen, snittytan tecknad omvexlande gul- och grönprickig; ingen tydlig bindväfsförökning utom å venstra lobens öfre yta, der några gulaktiga, lindrigt insänkta, men på samma gång vid insnitt helt ytliga stråk framträda. Vid insnitt i den svåliga väfnaden, som motsvarar förträngningen i ductus choledochus, och hvilket parti tyckes motsvara caput pancreatis, påträffas omedelbart bakom förträngningen en ung. valnötstor abscesshåla med ojämna väggar, fyld af blodblandadt var, i hvilken ductus Wirsungianus utmynnar. Denna senare är betydligt utvidgad och kan med lätthet följas genom hela pankreas' substans. Dess slemhinna blek och möjligen något förtjockad, i densamma intet var. Pankreas är egendomligt förändrad. Den erinrar vid första anblicken om en långsträckt fettklump, men vid noggrannare undersökning framträder dock här och hvar körtelstruktur, om också endast otydligt; tydligast finnes sådan i yttersta ändan af cauda pancreatis. Ingenstädes finnes emellertid i substansen någon abscessbildning eller blödning, undantagandes, såsom nämts, i själfva caput. Pankreas' storlek af normala dimensioner. Ingen gallsten i den omnämda abscessen. Mjelten mäter 11 ctm. i längd, 8 i bredd, den är slapp, dess substans något mörjig, kadaveröst missfärgad. Ingen förändring af genitalia. Njurarne äro små, kapslarne lossa endast med svårighet, i det ytliga delar af barken medfölja. Vid insnitt befinnes barken vara mycket atrofisk, 2—3 mm., tydligt skild från märgsubstansen, men otydligt tecknad.

Den mikroskopiska undersökningen af pankreas visade, att körtelsubstansen var så godt som fullständigt förstörd i densamma. Endast här och hvar funnos qvar en och annan normal körtel, och deras antal var talrikast i yttersta ändan af cauda och aftog derifrån mot caput, i hvilket ingen oförändrad körtelsubstans kunde upptäckas. För öfrigt var körtelväfnaden ersatt af en fibrillär bindväf med rikliga mängder insprängd fettväf. Här och hvar i bindväfven fanns derjämte en måttlig rundcellsinfiltration. Dessutom funnos spridda öfverallt grupper af epitelliknande celler, samlade till rundade hopar; dessa celler voro till formen täml. oregelbundna, en och annan hade bibehållit körtelcellernas form, de flesta dock antagit annan; ini dessa cellöar, som varierade i storlek och voro sparsammast, men störst i närheten af caput, fanns här och hvar ett sparsamt reticulum, deremot aldrig några grofva septa, utom der flera dylika cellhopar sammanflutit. Bilden är här förvillande lik en cancer i sin första början, och Laboratorn, Dr Sundberg, som hade godheten undersöka honom tillsända preparat, anser, att det i själfva verket är fråga om en sådan i dess första början. Kärlväggarne voro i allmänhet höggradigt förtjockade, utförsgångens epitel väl bibehållet.

I korthet sammanfattadt finna vi alltså, huru hos en 77-årig, väl nutrierad qvinna, som i allmänhet varit frisk, om man undantager lindriga dyspeptiska symptom, och som särskildt aldrig lidit af svårare smärtor, plötsligen en ikterus utbildas, som qvarstår oförändrad till döden och visar de typiska symptomen, frånsedt att under första tiden fæces ibland tycktes vara gallfärgade. Vid inkomsten fanns redan en utbildad hämorrhagisk diates, lefvern tycktes vara något förstorad, men ingen förstorad gallblåsa kunde palperas, och ingenstädes markerade pat. någon ömhet; mjelten var icke förstorad, ascites fanns icke. Temperaturen visade lindriga stegringar till högst 38°,5, och döden inträffade såsom en följd af kopiösa blodiga tarmuttömningar.

Att med ledning af nu nämda data ställa en bestämd diagnos, var icke möjligt. För ett hinder i ductus choledochus fanns ingen hållpunkt. En enkel katarral affär

syntes mig föga sannolik i betraktande af de svåra hämorrhagiska symptomen och de obetydliga gastriska rubbningarne, en tilltäppning af ductus choledochus genom en gallsten kunde ej gerna misstänkas endast på grund af de lindriga dyspeptiska symptomen, då pat. aldrig haft några smärtor i lefvertrakten, en uppgift, hvars riktighet vi ej egde rätt att betvifla, då pat:s uppgifter i detta hänseende voro mycket bestämda och i allmänhet gjorde intryck af tillförlitlighet. För en cholangit eller abscessbildning talade intet, ty af de vanligaste orsakerna till en sådan fanns ingen, särskildt gallsten kunde vi anse oss ega rätt att utesluta, såsom jag nyss nämde, och ömhet saknades helt och hållet öfver lefvertrakten. Lindrig temperaturstegring ser man ju äfven vid vanlig ikterus, och denna kunde derför ej gerna gifva anledning misstänka någon komplikation. Äfven för öfriga orsaker till en tilltäppning af gallgången fanns ingen hållpunkt. Intet tydde på föregående syfilis. Mot en cancer talade pat:s under observationstiden jämförelsevis väl bibehållna hull och lefverns oförändrade volym. Pat. hade visserligen, såsom af de vid vägningarne erhållna resultaten framgår, magrat ej så obetydligt, dock funnos inga tecken till kakexi, och en liknande afmagring ser man ju ej sällan äfven vid enkel ikterus på grund af de genom den hämmade gallsekretionen rubbade digestionsförhållandena. Återstod möjligheten af en hypertrofisk cirrhos med ikterus, som ju i mångt och mycket liknar nu beskrifna fall, nämligen med afseende på de tidtals gallfärgade afföringarne, lefverns volymsförökning och frånvaron af ascites, men dels talade pat:s ålder mot en sådan uppfattning, då nämda sjukdom uteslutande tyckes förekomma hos yngre och framför allt medelålders individer, dels bruka fæces mera konstant vara gallfärgade, än hvad här var fallet, dels saknades mjeltförstoring, som konstant förekommer vid densamma.

Diagnosen måste derför lemnas öppen. Sektionen visade, att här förelegat en gallstensprocess såsom den ursprungliga anledningen till hela sjukdomsbilden, ett förhållande,

som är i högsta grad anmärkningsvärdt, isynnerhet om man jämför frånvaron af alla smärtattacker under lifvet och de vid sektionen funna betydliga förändringarne. Dessa visa nämligen otvifvelaktigt, att i fallet en inklämning af en gallsten egt rum i ductus choledochus straxt ofvanför dess utmynningsställe i tarmen, att denna inklämda sten gifvit anledning till en usur af gallgången med perforation af dess vägg och efterföljande ärrbildning jämte stenosering af densamma. Stenen har efter perforationen trängt in i caput pancreatis, der gifvit anledning till en abscessbildning, och sekundärt hafva öfriga förändringar utbildats.

När denna inklämning med följande perforation inträffat, är ej möjligt att afgöra. Hade svåra kolikanfall funnits någon gång, skulle man möjligen kunnat vinna någon hållpunkt för bedömandet af denna fråga. Sådana saknades emellertid, och det enda symptomet, som fanns, uppträdandet af en kronisk ikterus, tillåter ej att draga några bestämda slutsatser i detta hänseende. Närmast ligger naturligtvis den tanken, att inklämningen af gallstenen har skett kort tid före gulfärgningens uppträdande, men, att ej alltid en inklämning af en gallsten följes af gulsot, visar bland andra ett af Naunyn i hans utmärkta monografi (Klinik der Cholelithiasis) sid. 92 anfördt fall af ett kolossalt konkrement i ductus choledochus utan både kolik och ikterus. Dertill kommer, att det ej synes mig alldeles afgjordt, att den i fallet uppträdande gulsoten uteslutande är att tillskrifva hindret i ductus choledochus för gallans passage, åtminstone torde gulfärgningens qvarstående i lika intensitet ända till döden sannolikt ej bero härpå. Ty, såsom af sektionsprotokollet framgår, det fanns ej något absolut hinder i ductus choledochus. Ärrbildningen intog ej hela ductus' omkrets; någon galla torde derför alltid hafva kunnat passera, och det är ej otänkbart, att, om ej en komplikation tillstött, gallafflödet småningom kunnat blifva friare och ett aftagande eller upphörande af gulfärgningen kunnat inträffa. En sådan komplikation finna vi emellertid i den otvifvelaktigt

sekundärt genom infektion af den stagnerande gallan uppträdande suppurativa cholecystiten och cholangiten med ty åtföljande förstöring af lefversubstansen, enligt hvad den mikroskopiska undersökningen visade. För riktigheten af denna uppfattning talar, att under första tiden fæces tidtals voro lindrigt gallfärgade, men att under sista delen af observationstiden de konstant voro affärgade.

Denna suppurativa cholangit och cholecystit var emellertid under lifvet helt och hållet latent. Naunyn framhåller äfven, att en dylik process kan misstänkas, endast då sjukdomsbilden antager formen af en sepsis och tydlig gallblåsetumör finnes, men att dessa symptom ofta kunna saknas, såsom fallet var i mitt fall. Anmärkningsvärdt i detta hänseende är, att trots processens diffusa utbredning genom hela lefvern aldrig någon ömhet markerades af pat. vid tryck å detta organ.

Är fallet redan genom det nu anförda anmärkningsvärdt nog, då jag hvarken i Naunyns ofvannämda monografi eller i den fullständiga sammanställningen af Courvoisier (Casuistisch-Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege) kunnat finna något motstycke till mitt fall ifråga om förändringarnes storlek utan egentliga kliniska symptom, så hör detsamma äfven i andra till sällsyntheterna, nämligen i fråga om den väg, den perforerande stenen tagit, samt isynnerhet i fråga om den funna förändringen af pankreas.

Sektionen visade nämligen en svålbildning bakom och kring ductus choledochus, stående i omedelbart sammanhang med caput pancreatis, samt en i alla afseenden intakt slemhinna i duodenum i trakten kring och på papilla Vateri. Sistnämda förhållande talar med bestämdhet för, att den perforerande stenen ej inträngt i duodenum, såsom vanligen är fallet vid perforation af ductus choledochus, utan sökt sig väg annorstädes hän. Det är derför sannolikt, att densamma efter genombrott af ductus choledochus vägg småningom inträngt i pankreas, och der gifvit anledning vare

sig direkt eller snarare indirekt till den i caput funna abscessbildningen. Visserligen talar häremot, att ingen gallsten kunde påvisas i abscessens innehåll, men å andra sidan är det ej otänkbart, att det flytande innehållet i abscessen småningom upplöst gallstenen; dessa ega ju i många fall ej någon större motståndskraft och kunna t. ex. i tarmkanalen enligt Naunyn upplösas, hvarpå enligt nämde författare det förhållandet beror, att man ofta trots förutgången tydlig kolik ej lyckas påvisa någon gallsten i fæces. Att samma upplösning kan inträffa i en abscess med flytande innehåll, torde vara ganska sannolikt.

En sådan perforation in i pankreas torde emellertid höra till de största sällsyntheterna. Hvarken Naunyn eller Courvoisier omnämna en dylik möjlighet, ej heller har jag någonstädes eljest kunnat finna motsvarande fall.

Genom den nämda gallstenens inträngande hade, såsom sektionen visar, betydliga förändringar framkallats i pankreas' substans, i det i detta organ dels caput befanns intaget af en abscesshåla, i hvilken ductus Wirsungianus inmynnade, dels hela pankreas var förändrad, skrumpnad, gulaktig, mest lik en fettklump, i hvilken endast spårvis den ursprungliga körtelsubstansen kunde upptäckas. Dessutom befanns ductus Wirsungianus vara betydligt utvidgad genom hela pankreas' längd. Den mikroskopiska undersökningen visade utom den kron. interstitiela pankreatiten eller kanske rättare atrofien med induration en proliferationsprocess af körtelcellerna, som gifvit bilder, hvilka förvillande liknade en cancer i dess första början.

En sådan process är mycket sällsynt, liksom öfver hufvud taget, efter hvad vi hittills känna, alla pankreassjukdomar äro relat. sällsynta, äfven om också antalet observerade dylika, sedan uppmärksamheten mera riktats härå, kommer att visa sig vara betydligare, än man hittills varit benägen att antaga. I detta hänseende erinrar jag om de observationer, som på sista tiden börjat publiceras med tydliga förändringar af pankreas vid diabetes.

I mitt fall funnos tvenne förändringar, nämligen dels en abscessbildning dels en kronisk pankreatit. Abscessbildning i detta organ har observerats i några fall, oftast såsom en sekundär affär utgången från närgränsande organ, ibland dock äfven såsom följd af en stenbildning i pankreas eller cystbildning, i ytterst sällsynta fall såsom en akut idiopatisk affär. I en uppsats af N. Senn (Die Chirurgie des Pankreas gestützt auf Versuche und klinische Beobachtungen. Volkm. klin. Vorträge N:o 313/14) finnes ett antal fall af pankreaslidanden anförda, hvarför jag hänvisar till detta arbete. Sedan dess har ett och annat ytterligare sådant offentliggjorts. Intet af dessa ter sig dock fullt identiskt med det af mig anförda, särskildt har jag ingenstädes kunnat finna någon uppgift om, att en sådan affektion af pankreas framkallats genom en från ductus choledochus perforerad gallsten, utan torde mitt fall i detta hänseende vara unikt eller nära nog sådant.

Sammanhanget mellan gallstensaffären och pankreasaffektionen synes mig lätt att förklara. Abscessen har uppkommit, genom samtidigt inträngande af varbildande mikrober, vare sig dessa kommit från ett redan vid tiden för perforationen infekteradt gallgångsinnehåll eller infektionen af detta skett, innan tillslutning af fisteln egt rum; ett hinder för pankreassekretets aflopp har uppstått, hvarför talar ductus Wirsungianus' ej obetydliga utvidning; genom sekretets tryck har en retning uppstått, som ledt till bindväfsproliferation och undergång af körtelväfnaden; slutligen har en fettinfiltration uppträdt jämte en proliferation af de qvarvarande körtelcellerna, som ledt till de egendomliga cancerliknande cellöarne ini väfnaden. En analogi härtill finna vi vid t. ex. en kronisk indurativ mastit, som äfven den kan öfvergå till en cancer.

Anmärkningsvärdt är dock, att i fallet den purulenta processen varit inskränkt till uteslutande caput, medan ingenstädes i den öfriga delen af pankreas tecken till akutare retning inträdt. I de af Senn samlade fallen fanns

konstant var åtminstone i gångarne genom hela pankreas' substans. Att så ej varit förhållandet i mitt fall, tyder på en tilltäppning af ductus Wirsungianus af en eller annan orsak, ehuruväl vid sektionen ej någon sådan kunde med säkerhet konstateras.

En fråga, som jag redan berört, och som man gerna önskar i ett sådant fall som detta besvarad, är den, huru länge patienten har haft sitt lidande. I detta hänseende kan emellertid intet med säkerhet bestämmas. Det synes mig dock sannolikt, att pat. haft lidandet längre tid, än som tyckes framgå af ikterus' uppträdande. Mig synes, att om så betydliga förändringar uppstått inom så relativt kort tid, som i ty fall här skulle varit fallet, så borde retningssymptomen varit mera utpräglade. Att en gallstensinklämning kan längre tider vara symptomlös, har jag förut påpekat.

Perforationsperitonit, utgången från flexura sigmoidea.

Af H. Köster.

H. C. 28-årig qv., ogift. Int. $^{27}/_{10}$ 92, död $^{1}/_{1}$ 93.

Anamnes: Pat. har sedan flera år tillbaka brukat lida af sura uppstötningar, isynnerhet efter förtärandet af fet mat; hon har dock aldrig kräkts vare sig omedelbart efter intagandet af föda eller senare och särskildt aldrig kräkts blod. Matlusten har i allmänhet varit god, och hon har väl tålt vid lättsmält föda, om hon blott förtärt små mängder deraf. Vid förtärande af större qvantitet föda på en gång har hon besvärats af en stark känsla af spänning i epigastrium, som dock lindrats, sedan uppstötningar inträdt. Afföringen har varit något trög, långvarigare förstoppning har dock pat. aldrig lidit af; hon har aldrig märkt blod i afföringen eller svarta fæces. Pat. har aldrig känt smärtor eller ömhet i maggropen eller coecaltrakten; har ej hostat något nämvärdt, aldrig hostat blod. Hon har ej afmagrat på senare tiden. Under tiden närmast före insjuknandet har pat. känt sig rätt frisk och ej varit utsatt för någon större ansträngning.

$^{25}/_{10}$ insjuknade hon helt plötsligt utan att förut hafva känt sig illamående. Hon öfverfölls plötsligen af häftiga kräkningar, som fortforo de närmaste dagarne. Det uppkräkta utgjordes till en början af matrester, men blef sedan grönaktigt, var aldrig blodblandadt. Pat. besvärades af en svår törst, men, så snart hon förtärde något vatten, inställde sig genast kräkning. Samtidigt kände hon svåra smärtor omkring nafveltrakten, stundom kändes sådana i hela buken, isynnerhet då hon försökte resa sig. Äfven inställde sig stark ömhet i trakten mellan bröstkorgsranden och nafveln. Allmänna tillståndet försämrades hastigt. Vid inkomsten $^{27}/_{10}$ var pat. starkt kollaberad, pulsen ytterligt svag, 130 i min., ansigtet och kroppen bleka, kalla och betäckta af svett. Buken var särskildt öfver nafveln uppdrifven, lefverdämpning fanns icke.

Status præsens $^{1}/_{11}$: Tämligen kraftigt bygd qvinna, af blekt, kollaberadt utseende. Intelligens fullt fri. Ingen afföring. Puls något kraftigare än vid inkomsten, 120. Urin fri från ägghvita. Temp. m. 37,7, a. 38°,1. Pat. besväras af ständiga qväljningar och kräkningar, grönfärgade, ej blodiga. Inga särskildt svåra smärtor i buken annat än vid rörelser, ej bestämdt lokaliserade till någon särskild del af buken. Vid undersökning buken endast obetydligt och jämt uppdrifven, inga tarmslyngor aftecknas å densamma. Vid palpation markerar pat. ömhet å större delen af buken, mest dock i epigastrium och omkring nafveln; ingenstädes kan någon abnorm resistens kännas. Perkussionstonen öfverallt tympanitisk, lefverdämpningen endast några ctm. bred i jämhöjd med mammillarplanet, ingen lefver kan palperas. Från öfriga organ finnes intet att anmärka.

Daganteckningar: $^{5}/_{11}$. Tillståndet har småningom förbättrats; pat. kräks dock alltjämt, och kräkningarne äro grönfärgade. I går en hård fast öppning af ej missfärgade fæces. Pulsen är ganska kraftig, lugnare. Från buken ingen särskild ändring hvarken vid palpation eller perkussion om ej, att ömheten är något mindre å densamma.

$^{6}/_{11}$. Tydliga gnidningsljud i Traubeska rummet jämte smärtor derstädes vid andningen.

$^{7}/_{11}$. Pat. känner sig betydligt bättre; hon är fri från värk och plågor i buken. Pulsen är ganska kraftig, jämn, 120 i minuten. Buken kännes något spänd, men är ej uppdrifven. Ingenstädes någon palpabel resistens, ingenstädes ömhet för lindrigt tryck. Perkussionstonen är öfverallt något kort, ingenstädes särskildt dämpad, öfver Traubeska rummet en mycket utpräglad tympanitisk ton, gnidningsljuden der i dag försvunna. I dag en liten, lös öppning.

$^{10}/_{11}$. Pat. känner sig mycket matt och klen, har i dag kräkts ett par gånger, och kräkningarne äro fortfarande gröna. Pat. har haft ett par lösa öppningar, som aldrig voro missfärgade. Buken mindre spänd än förr, obetydlig ömhet. Ingenstädes dämpad perkussionston. Ingen palpabel resistens. Inga gnidningsljud.

$^{22}/_{11}$. Pat. fortfarande matt, kräks fortfarande grönfärgade massor. Buken alldeles oöm, ej uppdrifven, ingen resistens. Puls 132.

Tillståndet förblef sedan ungefär detsamma. Pat. kräktes då och då, och kräkningarne liknade i alla hänseenden

tunn galla; hon kände aldrig några smärtor, men var fortfarande matt och klen och kunde ej komma till krafter. Pulsen höll sig fortfarande hastig, omkring 120—130, var regelbunden och tämligen kraftig. Buken blef slutligen jämt insänkt utan uppdrifning, smärtor kände pat. aldrig i densamma, perkussionstonen var alltid tympanitisk, lefverdämpningen återtog slutligen sin normala utsträckning, någon abnorm resistens kunde aldrig palperas. Afföringar hade pat. då och då, vanligen tämligen tunna, af ljus färg, aldrig mörk- eller blodfärgade. Till slut liggsår. Temperaturen visade hela tiden ett mycket varierande förhållande. Flera dagar i rad kunde pat. vara feberfri, derefter inträdde för en tid oregelbunden feber på qvällarne till något öfver 38°, de sista 14 dagarne före exitus var hon feberfri.

Pat. afled på grund af kraftuttömning.

Behandling: Op — Mo — Isblåsa — Is — Vin — C. N. — Inf. rad. Rhei. + Resorcin — Aq. am. am. conc. + Mo.

Sektion: Liket höggradigt afmagradt, liggsår å sacrum oeh trochanteres. Vid bukens öppnande befinnes hela trakten framför flexura iliaca intagas af en begränsad, luftfyld håla. Denna sträcker sig uppåt till flexura coli sinistra och nedåt ner i lilla bäckenet, dess största bredd är å midten, hvarifrån den afsmalnar uppåt och nedåt. Väggarne utgöras af bukväggen framåt och åt venster, af genom fasta svålar sammanlödda tunntarmar åt höger, bakåt af flexura sigmoidea. Väggarne beklädda af tjocka, gulaktiga membraner. I botten af hålan, kring flexuren, finnes en till ung. 250 kbctm. uppgående mängd vällingtjock, gulaktig, fäkalliknande massa, liknande det i groftarmen befintliga innehållet. För öfrigt kunde ej upptäckas någon främmande kropp af något slag. Tunntarmarne voro utom i närheten af ofvannämda hålrum fria, deras serosa glatt och glänsande; ventrikel, tunntarm, colon ascendens och transversum utan anmärkning, tarminnehållet gulaktigt, vällingtjockt. I flexura sigmoidea, ungefär motsvarande dess midt, finnes å framsidan en perforationsöppning, genom hvilken tarmens inre står i fri kommunikation med den omnämda hålan. Denna öppning, hvars diameter i serosans plan är 2 mm., har här skarpt afsatt kant, som omgifves af en lindrigt upphöjd vallartad ring; omgifningen inåt mukosan åter ter sig liksom ett stråligt ärr, och den inre mynningen är möjligen något större än den yttre; dock finnas ej några ulcerationer

i slemhinnan i omgifningen kring perforationsöppningen; tarmväggen kring densamma är ej särskildt förtjockad. Ingenstädes eljest i hela flexura sigmoidea eller rectum finnes något abnormt i tarmslemhinnan. Från öfriga organ intet att anmärka.

Den bild, pat. vid inträdet erbjöd, tydde otvifvelaktigt på en perforationsperitonit. Den akuta häftiga shoken, den starka kollapsen med den ytterligt svaga pulsen, plågorna i buken, de intensiva kräkningarne och slutligen lefverdämpningens försvinnande kunde ej tolkas annorlunda. De vanligaste utgångspunkterna för en sådan äro ju coecaltrakten och ventrikeln; från den förra hade aldrig i fallet funnits några symptom, medan för den senare möjligheten talade, att pat. redan längre tid lidit af dyspeptiska symptom såsom uttryck för ett eventuelt ulcus ventriculi. Visserligen voro symptomen i detta hänseende jämförelsevis obetydliga och ingalunda karakteristiska, men, att så är för hållandet, är ju ingalunda ovanligt; fall finnas, der vid, som det tyckes, skenbart fullständig helsa en perforationsperitonit uppstår, som vid sektionen visar sig bero på ett ulcus ventriculi. Ett sådant fall observerades för ej länge sedan här hos en man, hos hvilken icke mindre än 2:ne stora ulcera, båda perforerande, funnos i ventrikeln, utan att under lifvet något tydde på en dylik process. Då intet talade för någon annan utgångspunkt, var det derför förossa sannolikast, att vi hade att göra med ett perforerande ulcus. Ytterligare styrktes vi i uppfattningen af en perforation från ventrikeln af, att särskildt denna trakt var uppdrifven, samt att ömheten var starkast utpräglad der och kring nafveln. De våldsamma kräkningarne skulle visserligen enligt en och annan författares uppgift saknas vid perforerande ulcus ventriculi; dock är detta enligt min erfarenhet från de få fall, jag sett, snarare undantag än regel. Slutligen talade i hög grad för detta antagande uppträdandet af gnidningsljud i Traubeska rummet några dagar efter inkomsten. Prognosen måste vi anse vara absolut dålig;

alldenstund lefverdämpningens försvinnande talade för, att luft inträngt i bukhålan, och att således ej några adherenser hunnit utbildas.

Mot förmodan förbättrades tillståndet, utan att dock vid upprepade förnyade undersökningar någon bestämd hållpunkt kunde vinnas för bestämmandet af utgångspunkten. Tydligt var, att en begränsning inträdt, så att ej en allmän peritonit utbildats, men trots de noggrannaste, mångfaldiga gånger upprepade undersökningar under den långa sjukhusvistelsen kunde aldrig någonstädes i buken upptäckas någon abnorm dämpning, någon särskildt framträdande och begränsad ömhet eller palpabel resistens. Att processen dock ingalunda var afslutad, framgick af den ständiga, visserligen ej betydliga, men högst oregelbundna febern, som tydde på resorption af flogogena ämnen. Äfven ett annat symptom var anmärkningsvärdt, nämligen de beständiga så godt som ostillbara gallkräkningarne. Vi antogo derför någon begränsad varhåla, som utbildats efter en perforation, och som sannolikt låg vid bakre bukväggen. I fråga om dess utgångspunkt var diagnosen dock alltjämt oklar; tanken på ett ulcus ventriculi ansågo vi oss ieke kunna utesluta, men på möjligheten af, att processen sutte längre ner i duodenum, tydde de ofvannämda gallkräkningarne. Dessa kunde nämligen vara ett uttryck för antingen ett hinder för gallans afflöde nedåt i tarmen eller för en lägeförändring af gallgångens inmynningsställe i duodenum, hvarigenom gallan lätt kunde intränga i ventrikeln. Begge dessa förhållanden kunde tänkas hafva uppkommit genom ett ulcus duodeni, som ju i sällsynta fall förekommer. Äfven denna möjlighet ansågo vi oss derför ej kunna med absolut säkerhet utesluta.

Sektionen visade emellertid en helt annan utgångspunkt. En begränsad perforationsperitonit fanns nämligen i trakten af flexura sigmoidea, och dess utgångspunkt var en perforation i denna flexurs vägg, som åstadkommit en kontinuerlig öppen kommunikation mellan tarmens inre och

hålan, såsom ju framgår af, att den senare var fyld af luft och tarminnehåll.

Detta fynd var onekligen öfverraskande, om man tager i betraktande de kliniska symptomen. Ty, om äfven sektionen visade, att dämpning ej kunde uppträda på grund af lufthalten i hålan, och att palpabel resistens ej gerna kunde framträda i fallet, så borde man dock bestämdt kunnat vänta, att en lokaliserad ömhet i denna trakt borde hafva uppträdt, hvilket dock säkert ej någonsin var fallet under sjukhusvistelsen. I sammanhang härmed må framhållas, att oaktadt symptomen, särskildt lefverdämpningens försvinnande, tydde på en perforation in i en ej begränsad del af peritoneum, dock en afkapsling inträdt, ett ej alltför vanligt förhållande.

Hvad anledningen till den funna perforationen varit, är svårt att med säkerhet afgöra. En dysenterisk eller tuberkulös process kunde med säkerhet uteslutas, hålet var alldeles isoleradt, och tarmslemhinnan för öfrigt fullt normal. Af samma skäl kunde ej en enteritis follicularis hafva funnits förut. En ulceration hade dock funnits och denna af större utbredning än själfva perforationsöppningen; derför talade bestämdt den ärriga beskaffenheten af slemhinnan ikring hålet. Ett ulcus rotundum af samma art som i ventrikeln och i ty fall beroende på en embolus eller trombos med efterföljande nekros är föga sannolik, och det återstod derför knappt att tänka på något annat, än att en främmande kropp, ett fiskben eller dylikt, fastnat i slemhinnan, gifvit anledning till en ulceration och slutligen till perforation. En dylik främmande kropp kunde trots noggrann undersökning af abscesshålans innehåll ej påvisas, dock kan ju en sådan under den långa tiden, som förflutit från perforationens inträdande till exitus, mycket väl hafva upplösts oeh förstörts i varet. Sistnämda möjlighet synes mig vara den sannolikaste.

Fallet är säkerligen ovanligt på grund af perforationens säte. Åtminstone har det icke varit mig möjligt finna något analogt fall i den mig tillgängliga litteraturen.

Halfsidig multipel hjernnervförlamning.

Af H. Köster.

K. P. 44-årig, ogift qv. Int. $^{15}/_{2}$ 93, utskr. frisk $^{10}/_{4}$.

Anamnes: I patientens slägt finnes ej någon nervsjukdom; ej heller hafva patientens föräldrar missbrukat alkohol. Inga tecken till syfilis hos dem, och pat. var själf såsom barn fullt frisk. För 12 år sedan låg hon 2—3 veckor för en magsjukdom, som började med en svartaktig blodkräkning, smärtor i magtrakten och yrsel. Sedan dess har hon aldrig besvärats af några symptom från magen. För 3 år sedan fick hon influensa under 1 månads tid. Året derpå hade hon under 4 veckors tid svår värk längs hela högra öfverarmens utsida; hon kunde knappast röra öfverarmen, som hvarken emellertid var svullen eller rodnad. Hon satte värken i samband med ett hästbett något år förut.

Pat. har alltid lefvat under goda hygieniska förhållanden, har aldrig behöft öfveransträngа sig. Menses började vid 18 års ålder och hafva sedan dess varit regelbundna och normala. Humöret har i allmänhet varit godt och jämt, och hon har aldrig varit utsatt för någon starkare sinnesrörelse. Hon lär för några år sedan hafva haft ett barn.

Den 7 Januari detta år insjuknade patienten plötsligen med häftiga frysningar utan att hafva känt sig illamående förut. Hon fick häftig hufvudvärk, som sträckte sig öfver pannan och hjessan, men deremot icke uppträdde i nacken; ingen stelhet af hufvudet eller smärta vid rörelser. Hon blef betydligt matt, matlusten försvann, stark yrsel inställde sig. Ingen feber, men pulsfreqvensen blef ökad. Dessa symptom qvarstodo utan egentlig förändring och utan att hon föröfrigt kände några smärtor i ansigtet nästan under 3 veckors tid; några få gånger hade hon en en obetydlig kräkning. Efter denna tid började det onda lokalisera sig till högra sidan af hufvudet. En natt liksom kände hon, huru värken drog sig öfver till högra sidan af hufvudet och ansigtet och samtidigt blefvo smärtorna der mycket inten-

siva; dessutom kändes plötsligen, liksom om högra örat tilltäppts, och hon fick stark susning å detta öra. Dagen derefter kände hon, huru högra ansigtshalfvan var liksom mindre känslig än den venstra, den kändes stel och kall, och hon kände, liksom om någon nöp henne i skinnet derstädes. Ögonen, ögonlocken och de mimiska musklerna kunde röras, men, när hon skulle sluta ögat, kändes det, som om något tog emot. Ingen synrubbning och intet att anmärka från öfriga kranialnerver, utom att hon tyckte det kändes något besvärligt att tala, och att hon hade synhallucinationer (?), som hon dock ej kan bestämdt specificera eller lokalisera. På detta sätt fortfor tillståndet till d. 15 Februari, då hon sökte inträde å sjukhuset.

Status præsens d. 21 Februari. Pat. är af medelstark kroppsbyggnad, af måttligt hull. Hennes intelligens är orubbad, och hon svarar korrekt å framstälda frågor. Lynnet är något nedstämdt, matlusten minskad, afföringen regelbunden, urinen fri från ägghvita och socker. Temp. afebril. Hon klagar öfver de i anamnesen omnämda smärtorna och ett besvärligt öronsus samt styfhet i högra ansigtshalfvan. Vid undersökning befinnes lukten vara något nedsatt å h. näshalfvan, i det hon visserligen kan urskilja t. ex. ammoniak och nejlikolja, men uppger, att de kännas mindre tydligt än å motsvarande venstra näshalfvan. Synen och synfälten äro fullt normala, ögonbottnen visar normal papill- och kärlutveckling. Ögonens rörelser i alla riktningar fullt normala. Sensibiliteten för vidröring och smärtintryck är tydligt nedsatt å högra ansigtshalfvan, och denna nedsättning upphör skarpt i midtellinien. Tydligast är sensibilitetsnedsättningen å området för 1:sta och 2:dra trigeminusgrenen, der hon icke kan skilja mellan hufvud och spets af en nål. Äfvenså för temperaturintryck är känsligheten ej obetydligt nedsatt. Tydlig sensibilitetsnedsättning konstateras äfven å högra ögats conjunctiva, der vidröring ej framkallar någon blinkning, å insidan af h. kinden, å gombågarnes och pharynx' högra halfva samt å h. näshalfvans slemhinna. Tuggningen fullt normal, ingen insänkning motsvarande musc. masseter eller temporalis. Tårsekretionen å högra ögat ej förändrad, conjunctiva ej rodnad. Smaken är nedsatt ej blott å högra tunghalfvans främre $^2/_3$, utan äfven å de bakre delarne (pröfvad med kina och socker). Högra naso-labialvecket är möjligen något mera utplånadt än det venstra, och högra mungipan står obetydligt lägre

än den venstra. Någon egentlig pares af h. facialis finnes dock icke, då pat. utan ansträngning kan utföra alla rörelser med högra ansigtshalfvans muskler och detta i samma utsträckning som å venster sida. Ögonlocken slutas väl. Gombågarne stå lika högt och röra sig lika vid fonering, deremot förefinnes en lindrig deviation af uvula åt höger. Vid beröring med glasstaf erhålles ej någon reflex af gombågarne. Hörseln å högra örat är tydligt nedsatt, hon hör klocka här endast, då den hålles i omedelbar närhet af örat, å venster sida deremot å 1 meters afstånd. Svälj-ningen ej väsentligt försvårad, tungan röres fritt, och talet är fullt orubbadt. Stämman är lindrigt belagd, och pat. uppger, att hon förut haft klarare röst, än nu är fallet. Pulsen 126, hemma enligt läkarens uppgift en tid oräknelig. Hufvudets rörelser fullt fria och kraftiga, ingen pares af sternocleidomastoideus eller cucullaris, inga smärtor i nacken vid rörelser. Laryngoskopiskt intet att anmärka. Tydlig sensibilitetsnedsättning å trakten kring h. örat, å själfva örat och proc. mastoideus samt ofvanför liggande delar, medan å själfva nacken, ungefär till hjessans höjd, sensibiliteten är fullt normal. Ingen tryckömhet å halskotorna. Från inre organ intet att anmärka.

Ord.: Bromnatrium, Salofen.

Dagantecknigar: $^{18}/_{2}$. Upphörde med bromnatrium. Fick sulph. chin. 0,50 2 de die.

$^{25}/_{2}$. Öronsuset försvunnet, upphör med kina. Värken qvarstår. Ord. jodkali 3 grm dagligen, euforin 0,20 2 de die.

$^{4}/_{3}$. Värken är betydligt lindrad, men stelheten af h. ansigtshalfvan qvarstår.

$^{9}/_{3}$. Elektricitet. Småningom började derefter tillståndet förbättras och

$^{18}/_{3}$. Var sensibiliteten i högra ansigtshalfvan betydligt förbättrad.

$^{4}/_{4}$. *Status præsens:* Hullet är något reduceradt, krafterna något nedsatta, matlust och sömn dåliga, afföring regelbunden. Puls 108, jämn och kraftig. Hufvudvärk lindrigare, ej beständig; vid hoststötar dock känsla af smärta i pannan. Hufvudet kännes något tungt. Lukt nu lika å båda näshalfvorna, sensibilitet å ansigtets båda hälfter fullt normal, dock är måhända smärtsinnet ännu något nedsatt vid yttre ögonvinkeln å h. sidan. Ingen snedhet i ansigtet, uvulan devierar fortfarande betydligt åt höger. Hörseln är

lika å båda öronen och normal, likaså smaken. Från öfriga organ intet att anmärka. Patellarreflexer starka.

$^{10}/_{4}$ Utskrifves frisk.

Af sjukhistorien framgår alltså, att småningom efter någon tids föregående yrsel och hufvudvärk utbildats en förlamning af en stor del af högra sidans hjernnerver. Af dessa voro i mer eller mindre grad angripna n. trigeminus, facialis, acusticus, glossopharyngeus, vagus samt möjligen äfven accessorius, medan alla öfriga voro orubbade, särskildt hypoglossus och abducens. Symptom fanns visserligen från olfactorius i form af nedsatt lukt å högra näshalfvan, dock torde detta lika väl och till och med sannolikare kunna antagas bero på den anästesi af slemhinnan derstädes, som konstaterats. Staspapill fanns icke, trigeminuslesionen karakteriserades af uteslutande sensibla rubbningar, medan trofiska och motoriska sådana saknades.

Särskildt förtjenar framhållas, att de angripna nerverna ej visade sig vara detta i lika hög grad. De största förändringarne funnos i trigeminus', acusticus' och glossopharyngeus' utbredningsområde, medan åter de öfriga visade mindre sådana. Särskildt anmärkningsvärdt är detta i fråga om facialis, som ju under första delen af sitt förlopp ligger i omedelbar närhet af n. acusticus. Medan å acusticus både döfhet och öronsus uppträdde, visade facialis endast en obetydlig slapphet af de innerverade musklerna jämte subjektiv känsla af styfhet både i öfre och nedre grenens muskler, medan aktift alla rörelser tycktes kunna utföras lika bra som å den friska sidan. Från vagus var det enda symptomet den påskyndade pulsfreqvensen. Accessorius kan knappast sägas hafva varit väsentligt lederad; den enda förändring, som tyder på en lesion af denna senare nerv, är uppgiften om, att den förut klara stämman blifvit belagd; objektift kunde dock intet konstateras, hvarken pares af larynx eller af öfriga af denna nerv innerverade muskler.

Nu nämda egendomliga symptomkomplex tillåter antagandet ef en enda lesion såsom orsak till densamma och ställandet af en bestämd lokaldiagnos. A priori är det osannolikt, att vi hafva att göra med en process i själfva stora hjernans substans, då väl näppeligen en sådan egendomlig symptombild kan uppstå vid lesioner här, frånsedt äfven att den lindriga slappheten i facialis' utbredningsområde och den subjektiva känslan af styfhet fanns såväl i öfre som nedre grenen och derför tydde på ett mera periferiskt ursprung, antingen i medulla oblongata och pons eller sedan nerverna lemnat dessa delar af centrala nervsystemet.

I detta hänseende äro från början att framhålla rubbningarne i trigeminusområdet. Frånvaron af trofiska rubbningar gör det föga sannolikt, att lesionen sitter framom eller i närheten af ganglion Gasseri, då vanligen lesioner här efter så lång tids förlopp framkalla trofiska rubbningar, särskildt den s. k. ophtalmia neuroparalytica. Ej heller är det sannolikt, att densamma är att söka å främre delen af hjernbasen, då såsom regel vid lesioner här äfven ögats motoriska nerver äro angripna, medan de alla i detta fall funktionerade fullt normalt. Lesionen måste derför sökas längre bakåt, antingen i pons och medulla oblongata eller i deras närhet. Åtskilliga symptom tala dock för, att den ej uppträdt i själfva medullarsubstansen. En lesion här kunde knappast tänkas hafva framkallat en pares af ett så betydligt antal af de derifrån utgående nerverna, utan att samtidigt äfven de återstående, abducens och hypoglossus, skulle visat någon funktionsrubbning; ty, vare sig lesionen setat i nervernas kärnor, hvilket dock på grund af den slutliga fullständiga restitutio ad integrum är föga sannolikt, eller i dessas närhet och endast genom tryck eller rubbning i blodtillförseln framkallat symptomen, är det svårt att förstå, hvarför ej i ty fall äfven sådana uppstått från n. abducens, hvilkens kärna som bekant ligger mellan å ena sidan trigeminus' och å andra facialis' kärna. Äfven visa extremiteterna ej något tecken till pares eller retning, hvil-

ket väl näppeligen torde hafva varit fallet, om lesionen setat inuti själfva substansen. Äfven frånvaro af polyuri resp. glykosuri styrker denna uppfattning. Allt sammanfattadt synes det mig, att vi med en viss säkerhet kunna utesluta en lesion ini själfva medullarsubstansen, och att vi måste söka densamma derutanför.

Skarpt begränsade processer här höra till sällsyntheterna, och det nu anförda fallet är i detta hänseende synnerligen intressant, ty det tillåter oss att antaga en sådan lesion såsom anledning till symptomkomplexen. Vi finna nämligen, att lesionen måste sträcka sig från trigeminus' utträdesställe och derifrån längs hela högra hälften af medulla oblongata. Granska vi nämligen, huru de här utträdande nerverna förhålla sig, finna vi, att å den högra laterala delen af pons och medulla oblongata följande nerver utgå i ordning uppifrån nedåt: N. trigeminus, facialis, acusticus, glossopharyngeus, vagus och accessorius, medan åter abducens och hypoglossus utträda å den ventrala sidan. Just i de först nämda nervernas utbredningsområde finna vi i fallet funktionsrubbningar, medan åter i de af n. hypoglossus och abducens innerverade musklerna inga dylika kunna upptäckas.

Det är derför sannolikt, att den nämda symptombilden framkallats af en begränsad process, som utgått från de ryggmärgen och pons omgifvande delarne, i bakre cerebralgropens nedersta del, och omgifvit de utträdande nerverna samt genom dessas kompression gifvit anledning till symptomen, nämligen dels retningssymptom, som dock ej i fallet voro af värsta slag och bestodo i jämförelsevis lindriga smärtor i högra ansigtshalfvan samt ett kontinuerligt öronsus för för högra örat, dels pareser. Någon större kompression har dock icke egt rum, alldenstund en restitutio ad integrum inträffade. Anmärkningsvärdt är, att endast de sensibla grenarne af trigeminus tycktes vara intresserade, medan från de motoriska inga symptom förefunnos.

Af hvad art denna process varit, är naturligtvis, då fallet gick till fullständig helsa, svårt att med bestämdhet

afgöra. Den småningom skeende utvecklingen af symptombilden tyder dock ej på någon perakut process, utan på en, som utvecklas mera långsamt; och härpå kan kanske äfven till en del frånvaron af alla svårare retningssymptom bero. Närmast ligger tanken på en tumörbildning, men återvinnandet af fullständig helsa inom relatift kort tid talar emot ett sådant antagande, och någon bestämd hållpunkt i öfrigt för närvaro af en tumör finnes icke i symptombilden. Sannolikare synes mig vara, att hos patienten förefunnits en från ryggkotorna eller meningerna utgående process, och i senare hänseendet särskildt en sådan från dura på grund af friheten från alla rubbningar, som tyda på en lesion eller retning af själfva medullarsubstansen. Sannolikt är denna af specifik natur. I anamnesen uppgifves visserligen, att inga tecken till lues kunna upptäckas hos pat., men uppgiften om, att den ogifta pat. födt barn, gör dock, att en sådan möjlighet ej med säkerhet kan uteslutas. Äfven lesionens circumscripta natur är just karakteristisk för specifika affektioner, då liknande exsudativa processer af annan art väl som regel torde angripa större områden. Visserligen kunde man tänka sig, att en tuberkulös process i kotkropparne gifvit anledning till samma symptombild, men vid undersökningen fanns intet som häntydde på en sådan möjlighet, i det hvarken i anamnesen lungsot eller föregående trauma finnes omnämdt, eller hos pat. några tecken till tuberkulos eller förändring af halsryggraden kunde påvisas. Slutligen tyckes oftare än vid andra liknande processer en så oregelbunden kompression af de utträdande nerverna, som anmärktes i fallet, ega rum just vid gummatösa processer, vid hvilka man ju ej sällan, att döma efter de i litteraturen omnämda fallen af multipla hjernnervförlamningar, finner höggradiga symptom från en nerv, medan en annan närliggande visar mindre utpräglade sådana. Och själfva förloppet torde till en viss grad kunna bekräfta denna uppfattning, ty, först sedan pat. erhållit jodkalium i kraftig dos, började en tydlig förbättring inträda och fortgick sedan kontinuerligt ända till full

helsas inträdande, inom en månad derefter. En så hastig och fullständig förbättring under jodkaliumbehandling tyder på en gummatös process; under en sådan behandling kunna visserligen ofta rätt betydande rubbningar från centrala nervsystemets sida försvinna, utan att man derför eger rätt antaga syfilis, men jämfördt med öfriga förhållanden i fallet synes mig förloppet äfven här tala för denna uppfattning.

Sannolikast beror derför den halfsidiga hjernnervförlamningen på en pachymeningitis gummosa circumscripta eller en gummös process från själfva kotkropparne.

Jag har i det föregående icke tagit i betraktande möjligheten af en multipel neurit i de nämda nerverna, dock synes mig ett sådant antagande utan vidare kunna uteslutas på grund af symptombilden och på grund af frånvaron af alla ätiologiska moment.

Multipla hjernnervförlamningar äro ingalunda vanliga, dock finnes ett antal sådana omnämda här och hvar i litteraturen. I de flesta fall äro de dock dubbelsidiga, medan uteslutande halfsidiga sådana endast finnas beskrifna någon enstaka gång. I de flesta fall hafva de förorsakats af syfilitiska förändringar, men äfven traumata, tuberkulos, tumörer samt difteri finnas omnämda såsom orsak till dem. I litteraturen har jag ej kunnat finna något fall, som varit fullt kongruent med det af mig anförda, men liknande finnas. Så omnämner Bamberger (Ein Fall von multipler halbseitiger Hirnnervenlähmung, Wien med. Wochenschrft 1883 N:o 5) en 53-årig qvinna, som ej led af syfilis eller tuberkulos, och hos hvilken efter föregående häftiga smärtor i högra delen af hufvudet och ansigtet utbildats en total förlamning af n. oculomotorius, trochlearis, abducens, facialis, en höggradig pares af n. accessorius och trigeminus, i den senares område äfven af tuggmusklerna, hvarjämte trofiska rubbningar funnos, samt en lindrig pares af n. glossopharyngeus och acusticus, föranledda enl. författarens åsigt af en nukleär lesion å hjernbasen, Edgren (Tvänne fall af hjerntumör, Hygiea 1890 s. 111) ett fall, i hvilket vid en

tumör i högra occipitalloben med staspapill en förlamning af h. nerv. facialis med degenerationsreaktion i musc. frontalis dexter och en höggradig anästesi och pares i n. trigeminus' utbredningsområde uppstått, Bruns (Versamml. d. Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens zu Hannover 1891, Neurol. Centralbl. 1891 s. 348) en på sannolikt syfilitisk basis uppkommen progressiv pares af 6:te—12:te hjernnerverna, Sternberg (Mehrfache halbseitige Hirnnervenlähmung durch Krebs der Schädelbasis, Ztschr. f. klin. Med. XIX Hft 5 o. 6) ett fall af hastigt progredierande förlamning af 5:te—9:de och 12:te hjernnerven med retningsfenomen från trigeminus' sensibla del, beroende på en cancer i h. os petrosum, Adamkievicz (Halbseitige fortschreitende Gehirnnervenlähmung, Wien. med. Wchschrft 1889 N:o 2—4) en fortskridande pares af 3:dje—12:te nerven, beroende på en cancer af antrum Highmori, som brutit in i kranialkaviteten vid proc. clinoid. ant. och foramen lacerum ant.; i detta fall förtjenar särskildt framhållas en kolossal tachycardi, i det pulsen gick upp till 192 slag i minuten, oaktadt lesionen var ensidig.

Utom dessa fall förtjena tvänne andra ett utförligare omnämnande, då de i mångt och mycket likna mitt fall. Originaluppsatserna har jag beklagligtvis ej kunnat anskaffa, utan anföras de efter referat i Neurol. Centralblatt:

Broadbent (On syphilitic paralysis of the facial, acustic, spinal accessory and hypoglossal nerves, The London medical Record 15 Jan. 1882. Ref. i Neurol. Centralbl. 1882 s. 154 och 238). En syfilitiskt infekterad qvinna led för ung. 6 månader af en häftig hufvudvärk, som följdes af en fullständig paralys af högra ansigtshalfvan och döfhet å h. örat; 3 veckor senare svårighet att svälja, derpå atrofi af högra tunghalfvan, paralys af mjuka gommen, högra stämbandet, sternocleidomastoideus och cucullaris; sensibilitet normal. Diagnosen ställdes på ett gumma, som komprimerade nervrötterna tätt vid deras utträde, och sektionen visade en syfilitisk pachymeningit i hela h. bakre

fossa cerebralis med konstriktion af nervrötterna vid deras utträde ur kranialkaviteten.

Nothnagel (Ein Fall von halbseitiger multipler Hirnnervenlähmung, Wien. med. Bl. 1884 N:o 9, Ref. i Neurol. Centr. 1885 s. 41). En ung skrofulös och tuberkulös flicka fick efter ristande smärtor i venstra ansigts- och hufvudhalfvan en pares af venster hypoglossus, atrofi af venster sternocleidomastoideus och cucullaris, paralys af v. stämband på grund af förlamning af v. nerv. laryngeus sup. och inf., anästesi af v. larynxhalfvans slemhinna, paralys af v. glossopharyngeus, acusticus, facialis i alla dess grenar, abducens och trigeminus, medan öfriga hjernnerver ej voro förlamade. Dessutom fanns en dubbelsidig börjande neuroretinit och å h. ögat börjande ophtalmia neuroparalytica. Extremiteterna voro ej paretiska. Ringa grad af nackstelhet och ömhet för tryck å halskotorna. N. anser den beskrifna sjukdomsbilden bero på en basal meningit.

Till slut några ord om sensibilitetsrubbningen i n. auricularis magnus' och occipitalis minor's utbredningsområde. Dessa nerver utgå som bekant från 3:dje halsnerven. Egendomligt nog visade emellertid undersökningen, att sensibiliteten å nackregionen, motsvarande utbredningsområdet för n. occipitalis major, som utgår från 2:dra halsnerven, var fullkomligt intakt. Det är svårt att förklara nämda förhållande med säkerhet. Att processen i sammanhängande följd ej sträckte sig längre ner i halsmärgkanalen, utan hade sin största intensitet högre upp, torde framgå af symptomen. Både från n. vagus och isynnerhet n. accessorius voro symptomen obetydliga. Möjligen har längre ner en enstaka gummatös nybildning uppstått just i närheten af 3:dje halsnervens dorsala gren; nödvändigt är dock ett sådant antagande ej, ty fall finnas, såsom jag nyss nämde, som visa, att nerverna kunna utan att visa höggradigare symptom passera genom gummatösa svålar. En annan möjlighet vore, att de nämda nerverna i sitt förlopp

voro anomala, variationer förekomma ju och en sådan vore tänkbar.

Anmärkningsvärd är slutligen den höggradiga tachycardien i fallet, oaktadt endast den ena sidans n. vagus varit angripen; att en tachycardi dock kan följa efter en dylik lesion af endast ena sidans vagus, visar bland annat det förut omnämda fallet af Adamkievicz.

Primär gallgångscancer — Metastaser i bukväggen och hjernan — Atrofi af pankreas.

Af H. Köster.

Efterföljande egendomliga fall, som både på grund af den primära lesionens sällsynthet, metastasernas ovanliga säte och den funna pankreasförändringen torde ega ett visst intresse, förtjenar ett utförligare omnämnande.

J. A. Sk. 61-årig m. Int. $^{4}/_{11}$ 92, död $^{22}/_{11}$ 92.

Anamnes. I hereditärt hänseende finnes intet af betydelse, särskildt inga fall af cancer i slägten. Själf har pat. i sin barndom haft mässling. För 8—10 år sedan led han af stickningar i venstra sidan utan hosta; efter koppning frisk. För några år sedan värk och ömhet i venstra handleden jämte feber, öfriga leder voro fria. Pat. har alltid lefvat under goda hygieniska förhållanden och erkänner alkoholbruk, dock ej missbruk, ehuru sådant tydligen förekommit. Syfilis förnekas. Matlusten har alltid varit god, och magen har alltid varit normal, undantagandes lindriga magknip då och då. Han har aldrig lidit af ikterus, aldrig varit svullen i benen eller buken, aldrig lidit af kolikplågor.

Några veckor före inkomsten märkte pat. under fullkomligt välbefinnande, att venstra armen blef något kraftlös, utan att han för öfrigt erinrar sig någon snedhet af ansigtet, någon svaghet i benen, eller att någon grumling af sensoriet eller samtidig hufvudvärk förekommit. Paresen af venstra armen har sedan dess stadigt tilltagit. Ett par dagar före inkomsten fick pat. plågor i magen, och straxt derpå började buken svälla; denna ansvällning af buken tilltog mycket hastigt, och samtidigt lär ett lindrigt ödem kring fotknölarne hafva funnits.

Vid inkomsten var pat. blek, han besvärades af höggradig andnöd och buken var höggradigt utspänd af ascitesvätska. Vid en genast företagen paracentes urtappades 11

liter af en klar, gröngul, starkt alkaliskt reagerande vätska, som icke koagulerade spontant. Albuminhalten i den urtappade vätskan var 0,677 %, dess spec. vigt 1,013.

Status præsens $^{9}/_{11}$ 92. Pat. är sängliggande; han klagar numera ej öfver något obehag, sedan andnöden minskats; sömnen är god, matlusten är dålig, afföringen af normal konsistens, något blekare gulbrun än normalt. Urinen är mahognybrun med ett envist gulgrönt skum, mycket grumlig, spec. vigt 1,017; den är fri från albumin, men sedimentet innehöll en mängd korniga, gulfärgade cylindrar. Temperaturen hela tiden normal.

Ansigtet visar en gulaktig blekhet, men ingen ikterisk färgning; scleræ äro gulfärgade. Ingen tydlig kakexi, hull och muskulatur äro väl bibehållna. Å bröstet qvarstå märken efter stetoskopet ganska länge, men något egentligt ödem kan ingenstädes upptäckas. Bröstkorgen är af normal hvälfning och symmetriskt bygd. Vid perkussion erhålles ingen absolut hjertdämpning. Traubeska rummet ger öfverallt matt ton. Straxt nedom spinæ scapularum inträder en dämpning, som tilltager i intensitet nedåt, och längst ned finnes matt ton. Vid auskultation å framsidan sträft respirationsljud, å baksidan, isynnerhet å högra lungan, talrika mjuka, subkrepiterande rassel; andningsljudet och rasslen blifva nedåt mera aflägsna och otydliga. Pektoralfremitus är försvunnen å nedre delen af båda lungornas baksida, bronchofonien der likaledes försvagad. Hjertats spetsstöt kan endast osäkert palperas. Öfver pulmonalis ett starkt systoliskt blåsljud, som dock icke är konstant.

Öfver nedre delen af bröstet och öfre delen af buken liksom äfven något bukens sidodelar äro de ytliga venerna utspända; intet caput medusæ. Buken är stor och hvälfd, omkretsen vid nafveln 109 ctm. Vid perkussion inträder dämpning på venster sida på 20 ctms afstånd från nafveln, på höger sida på 23 ctms, nedom nafveln först ett par ctm. ofvan symfysen. Dämpningsförhållandena ändras vid lägeändring, tydlig fluktuation. Ingen ömhet någonstädes. Lefverns öfre relat. gräns ligger i parasternallinien vid 5:te refbenet, i mammillarlinien vid 5:te refbenet, i axillarlinien i 5:te interstitiet. Nedre gränsen når ett par ctm. nedom bröstkorgsranden. I midtellinien palperas en tumör, som sträcker sig från 3—4 ctm. nedom nafveln till ung. 1—2 ctm. nedom den linie, der nedre lefvergränsen palperas eller ung. 10 ctm. ofvan nafveln. Den nämda resi-

stensen är täml. smal, jämtjock, jämn och fast. Dess öfre gräns är tydligt skild från nedre lefvergränsen genom en tvärgående fåra, i hvilken nedre lefverranden palperas såsom en hård, något förtjockad kant. Tumören är ej förskjutbar vid respirationen, ej öm. Mjeltdämpningen når till v. mammillarlinien.

Vid handtryck kännes den grofva kraften betydligt förminskad i venstra armen. Alla fingerlederna kunna dock röras, om också svagare än normalt. Tummen kan deremot med lätthet röras i alla riktningar. Lyftes underarmen upp, faller den vanligen slappt ned, men kan dock med ansträngning höjas igen. Pronation och supination såväl med rak som krökt arm något försvagad. Krökning och sträckning af underarmen försvagad. Utåt- och inåtrotation af armen icke utförbar. Vid försök, att lägga venstra handen på högra axeln, kan pat. endast med mycken möda få handen till midten af bröstet. Öfverarmen kan lyftas i nästan rät vinkel mot bålen och undantagsvis något derofvan. V. skulderbladet står något ut från bröstkorgen. Hudsinnena funktionera slött, dock är förhållandet detsamma å höger arm. Inga ryckningar, ingen atrofi, inga trofiska eller vasomotoriska rubbningar. Reflexer normala.

I högra armen märkas flerestädes ständiga kloniska ryckningar, isynnerhet i musc. flexor radialis, musc. interossei, thenar och hypothenar; fingrarne stadda i oafbruten rörelse.

Tillståndet förblef derefter oförändradt, undantagandes att patientens slöhet tilltog högst betydligt, utan att dock gulfärgningen af huden ökades. Paresen i armen tilltog ifråga om deltoideus, som vid en senare undersökning tycktes vara nästan paralytisk, medan öfriga armmuskler endast förblefvo paretiska. Närmare undersökning kunde dock på grund af patientens slöhet ej utföras.

Sektion $^{23}/_{11}$ 92. Liket har tämligen väl utbildad panniculus adiposus. I bukväggen, belägen ung. till hälften ofvanför, till hälften nedanför nafveln, motsvarande den under lifvet kända tumören, finnes en mellan peritoneum och musklerna belägen svulstmassa af spolform, mätande 19 ctm. i längd, 7 i bredd å midten och 3—4 i tjocklek. Dess yta är åt buksidan öfverdragen af tämligen glatt, blårödt peritoneum, är häråt ojämt loberad och är utåt väl begränsad mot väfnaderna. Vid insnitt finnas i den omvexlande gulaktigt hämorrhagiska, uppmjukade och mera

fasta, ostliknande, saftfattiga delar, omgifna af en mera svålig bindväf. Konsistensen i det hela fast. I buken måttlig mängd ascites, peritoneum öfverallt glatt och glänsande. Hjertat är stort och slappt, mäter i bredd 13, i längd 11 ctm.; venstra kammarens muskulatur mäter 12 mm., den är gulbrun, lös och skör. V. kammarens valvler äro lindrigt förtjockade och ogenomskinliga, men sluta väl, h. kammarens valvler utan anmärkning. Foramen ovale fullt slutet. Aortas insida visar talrika knappnålshufvudstora, förkalkade knottror och är i sin helhet gulare än normalt. Lungorna äro fria, den venstra utan anmärkning, i den högra finnes i nedre loben en valnötstor, svartröd infarkt, till hvilken orsaken dock ej kunde upptäckas, särskildt var h. hjertaurikeln fri. Mjelten är mycket stor, 24 ctm. lång, 12 bred och 8 tjock, dess kapsel är grumlig, tjock, med gulaktiga fläckar; vid insnitt är snittytan slät, tämligen fast, mörkröd, med måttligt utbildadt trabekelvärk. Njurarne äro stora, 13,5 ctm. långa, 8 breda, 5 tjocka, deras kapsel lossar med lätthet, barken sväller icke, snittytan är blåröd, för öfrigt intet att anmärka. Lefvern är kolossal, dess bredd från sida till sida 34 ctm., högra lobens framifrån bakåt 25, venstra 23 ctm., högra lobens tjocklek 15, v. 7 ctm. Dess yta är i högsta grad knottrig och ojämn dels på grund af finknottriga upphöjningar, dels på grund af att öfver allt finnas större och mindre dels fasta, hvitgula dels mer blåröda, mjuka tumörer. Vid insnitt snittytan gul; å densamma dels riklig mängd små upphöjda öar af gulaktig lefverväfnad, omgifna af insänkt grågul bindväf, dels en mångfald af olikstora tumörer. Dessa senare äro dels mjuka, med rödgult tunnt innehåll dels fastare, väl begränsade, med torrt ostliknande sådant dels slutligen mera diffusa med omvexlande grågul bindväf och mörjigt, nästan ostigt innehåll. Dessa tumörer finnas spridda genom hela lefvern. Normal lefversubstans kan ingenstädes upptäckas. Gallblåsan innehåller måttlig mängd mörk, grågrön galla, är för öfrigt utan anmärkning. Pankreas är stor, dess längd 18 ctm., bredd 5, tjocklek 4 ctm., den är mycket fast och hård, och i dess snittyta tyckes den för öfrigt makroskopiskt normala körtelväfnaden vara skild af breda stråk af halfgenomskinlig, gulaktig bindväf; ingenstädes finnes i densamma någon tumörbildning. Ductus Wirsungianus af normal vidd. Lymfkörtlarne endast obetydligt svälda.

Hjernan: Dura mater ej spänd, af normal tjocklek, dess insida glatt och glänsande, pia mater något grumlig,

under densamma en måttlig mängd ödem. Hjernans yta öfverallt af normalt utseende, och intet abnormt kan palperas, särskildt ej i trakten öfver centralgyri, som äro af normal form, färg och fasthet. Vid insnitt finnes i centrum semiovale dextrum, ungefär 1 ctm. under hjernans yta, 2:ne små, mjuka härdar af gulaktigt utseende, väl begränsade mot omgifvande hvita hjernsubstans. De ligga motsvarande midten af centralvindlarne och mäta i genomskärning 2—4 mm. För öfrigt finnas intet att anmärka i hjernan. Särskildt äro substansen i centralvindlarne å venster sida och delarne derunder makroskopiskt normala. Hjernventriklarne innehålla endast en måttlig mängd vätska; kärlen å hjernans bas visa ej några ateromatösa förändringar.

Den mikroskopiska undersökningen af tumören i bukbetäckningarne visade bilden af ett cellrikt carcinom. Särskildt i fråga om bukväggstumören kunde vi kostatera, att nybildningen ej angripit själfva peritoneum, såsom äfven den makroskopiska bilden tycktes visa, endast i dess djupaste lager funnos här och hvar hopar af rundceller, ingenstädes deremot var detsamma infiltreradt af celler af epitelial karakter. Pankreas visade ett höggradigt försvinnande af körtelsubstans, utan att dock någon egentlig betydligare förändring af pankreas körtelceller kunde konstateras. Mellan öarne af körtelväfven fanns en kärnfattig, i hög grad fettinfiltrerad bindväf utan minsta tecken till nybildning.

Anmärkningsvärdast var dock det resultat, vi erhöllo vid lefverns noggrannare mikroskopiska undersökning.

Denna visade nämligen följande: Bindväfven i portasträngarne är kolossalt förökad, medan samtidigt en betydlig undergång af lefvercellerna kan konstateras. Acini äro minskade, omgifna rundt om af breda stråk af bindväf, som fläckvis intränger i acinis periferi, afskiljande och omslutande öar af ett par till flera lefverceller. Isynnerhet dessa sistnämde afskiljda lefverceller, men äfven ej sällan hela acini, visa tydliga tecken till en degenerationsprocess af själfva cellerna, i det deras konturer äro mindre distinkta än normalt, kärnorna och framförallt protoplasman färgas sämre, än vanligen brukar vara förhållandet. Ingenstädes kan deremot upptäckas, särskildt ej i de af bindväf omslutna cellöarne, något tecken till proliferation.

Den omnämda bindväfven består dels af äldre, fastare, kärnfattig sådan dels af kärnrik, finfibrillär, och i densamma märkes en kolossal proliferation af gallgångar. Å längdsnitt

kan man långa sträckor följa greniga slingriga kanaler, beklädda af kubiskt epitel, å tvärsnitt stå lumina ej sällan så tätt, att bilden vid första anblicken påminner om ett snitt från njuren med tvärskurna urinkanaler. Epitelet i dessa är af olika utseende. Än är detsamma enkellagradt, omgifvande ett tydligt lumen, än är detsamma åter stadt i tydlig proliferation. Gallgångarnes tvärsnitt visar i dessa senare ej längre ett enkellagradt epitel, utan lumen är här utfyldt af en mängd oregelbundet formade celler af af tydlig epitelial natur. Här och hvar har denna proliferation antagit större dimensioner, och alla öfvergångar finnas från små kanaler med börjande proliferation till stora härdar med massor af olikformade epiteliala celler och sparsamt stroma, således typiska canceröar. Dessa cancerhärdar, som variera i storlek, ligga nästan alla uti den nämda portabindväfven, utan minsta sammanhang med själfva lefvercellerna. Der de någon gång gripit öfver på acini, framträder dock alltid tydligt deras utgång från de nämda canceröarne i portabindväfven, i det å det senare stället cellproliferationen är långt mera utvecklad än i själfva acini.

Det nu anförda fallet är otvifvelaktigt i flera hänseenden ganska anmärkningsvärdt. De symptom, som funnos under lifvet, sönderfalla i två särskilda grupper, nämligen dels de från buken uppträdande, dels de paretiska symptomen i venstra armen.

Hvad de förra beträffar, så kunde ej någon tvekan råda om, att i fallet fanns en process i lefvern. Symptomen tilläto äfven att med en viss säkerhet antaga en lefvercirrhos vara förhanden. Föregående alkoholmissbruk, tydlig ascites, utbildad mjeltförstoring vid frånvaro af symptom från hjertat och njurarne anses ju vara karakteristiska för denna åkomma och funnos tydligt i fallet; lefverns storlek visade deremot ej några utpräglade förändringar, den var sådan man i de flesta fall finner den vid undersökning äfven af normala personer. Undersökningen af densamma försvårades dock genom närvaron af den ganska betydliga vätskemängden i bukhålan med deraf följande spänning i bukbetäckningarne. Några större förändringar egde vi dock

icke rätt att vänta på grund af patientens och omgifningens anamnestiska uppgifter. Af dessa framgick nämligen, att någon tydlig svullnad ej uppträdt af buken förr än några dagar före inkomsten.

I fråga om den i bukbetäckningarne kända tumörbildningen var det åter svårare att bilda sig en bestämd uppfattning. Pat. själf hade aldrig märkt något abnormt i bukväggen, så att någon uppgift om, huru länge densamma varat, ej kunde erhållas; aldrig hade han haft några symptom från ventrikeln, tydande på en nybildning derstädes, från hvilken sekundärt densamma kunnat utgå. Dertill kom, att pat. ej visade någon kakexi, och att öfverhufvudtaget maligna nybildningar af ena eller andra slaget äro ytterst sällsynta i bukbetäckningarnes djupare delar, medan godartade sådana oftare förekomma. Sannolikast syntes mig derför, att vi här hade att göra med en relatift oskyldig nybildning, af hvad natur kunde dock ej afgöras. En möjlighet fanns dock, att denna uppfattning ej var riktig, utan att vi trots dess sällsynthet hade att göra med en malign nybildning derstädes. De centrala symptomen kunde nämligen fullt tillfredsställande förklaras genom antagandet af en tumörbildning i hjernan, och i ty fall syntes det mig ej osannolikt, att äfven den i bukbetäckningarne befintliga var af samma art.

Hos pat. hade nämligen till en början hastigt utbildats en sedan endast småningom tilltagande pares af v. armens muskler utan några retningssymptom, utan atrofi och utan förändringar af sensibilitet eller elektriska retbarheten, medan samtidigt tydliga retningssymptom i form af kloniska ryckningar utan efterföljande pares uppträdt i högra armen. På grund häraf ansåg jag det ej osannolikt, att en tumör fanns i båda hemisfererna, men med olika lokalisation och detta af följande skäl: Monoplegier af någon extremitet anses i allmänhet bero på en cerebral lesion, och symptomens förhållande i öfrigt talade mot antagandet af en lesion i ryggmärgen eller de periferiska nerverna. En lesion i

ryggmärgen, som framkallat de motoriska rubbningarne i v. armen, måste hafva varit begränsad till framhornen eller de utträdande motoriska rötterna. I förra fallet hade man haft rätt att vänta en viss grad af atrofi, visserligen ej höggradig, då processen ej varat så synnerligen länge, men dock tydlig; sådan saknades emellertid. Äfven reflexernas bibehållande talade mot en lesion här, hvarjämte paresens fördelning var ovanlig vid en spinal lesion. Ej heller kunde gerna de motoriska rötterna vara intresserade, då paresen inträdt plötsligen utan alla retningssymptom, som vanligen finnas vid genom tryck å dessa rötter, hvarom det i ty fall skulle vara fråga, framkallad pares. Sådana funnos visserligen i h. armen, och detta bilaterala symmetriska uppträdande af symptom, som ju är karakteristiskt för ryggmärgslesioner, kunde möjligen tala för en sådan uppfattning, men man har då svårt att förklara, hvarför ej i de mera angripna främre rötterna å v. sida uppträdt liknande retningssymptom; dessa hade säkerligen observerats af pat., om de funnits. Äfven för en lesion af de perifera nerverna fanns ingen hållpunkt. Frånvaron af sensibilitetsrubbningar af ena eller andra slaget, af atrofi, de bibehållna reflexerna, nervernas normala beskaffenhet, så vidt de för palpation voro tillgängliga, allt tillät ej antagandet af en lesion härstädes. En cerebral lesion var derför sannolik, och för denna kunde möjligen äfven pat:s något omtöcknade tillstånd tala, då tillfyllestgörande förklaring för densamma eljest ej fanns.

Hvar densamma var att söka, kunde endast med en viss grad af sannolikhet afgöras. A priori var det klart, att vi på grund frånvaro af all shok vid paresens uppträdande måste hafva att göra med en liten lesion. Vidare var det ej troligt, att lesionen var att söka, der banorna igga nära intill hvarandra, såsom i capsula interna eller omedelbart derofvanför, då man vid dess säte här borde kunnat vänta symptom äfven från andra närliggande banor, såsom facialis' eller benets. Den måste derför sökas, der

dessa banor ligga längre isär, så att de olika delarne kunde träffas mera isoleradt, alltså i centrum semiovale eller i själfva barken. Att skilja lesioner å dessa båda ställen åt är dock ganska vanskligt och ofta nog omöjligt. Dock tycktes symptomen tala för, att vi snarare hade att söka lesionen i centrum semiovale än i själfva cortex. Vid lesioner i denna senare bruka nämligen ju, som bekant, retningssymptom uppträda, såvida densamma ej omedelbart sättes ur verksamhet. Att så ej varit fallet här, framgår deraf, att förlamningen endast var ofullständig och först småningom tilltog i intensitet, eller med andra ord, emedan vi hade att göra med en progressift tilltagande lesion. Just vid sådana barklesioner framträda dock konstantast de nämda retningssymptomen, och deras frånvaro i fallet syntes mig derför snarare tala för en lesion i centrum semiovale. I fråga åter, om hvilken betydelse de i högra armen uppträdande ryckningarne egde, var det svårt att afgöra något med säkerhet, dock talade deras kloniska karakter för möjligheten af en lesion i själfva cortex eller omedelbart derunder i venstra hemisferens centralgyri, då ingen hållpunkt fanns att söka lesionen någon annanstädes.

Under nämda förutsättning hade vi alltså i fallet att göra med en dubbelsidig process i hjernan, som väl sannolikt var af samma art. En trombos eller emboli var föga sannolik; redan det bilaterala uppträdandet af symptomen gjorde ett dylikt antagande föga troligt; dessutom voro symptomen alltför begränsade för att kunna tänkas bero på en sådan lesion. Kloniska ryckningar kunna visserligen förekomma vid en börjande trombos, men bruka snart följas af paralytiska symptom, som dock aldrig uppträdde. En trombos eller emboli kunde derför med största sannolikhet uteslutas. Deremot talade åtskilliga moment för möjligheten af en tumörbildning. Visserligen saknades staspapill, men sådan kan saknas, då det är fråga om små tumörbildningar, såsom ju fallet måste vara hos patienten. Å andra sidan kunde dock det dubbelsidiga uppträdandet tala för en sådan

uppfattning, och denna styrktes framför allt af, att processen var progressiv, i det paresen långsamt, men kontinuerligt stegrades.

Allt sammanfattadt syntes mig antagandet af en tumörbildning i hjernan, belägen subkortikalt i högra hemisferen, i venstra åter i eller straxt under själfva cortex bäst kunna förklara symptomen. Var emellertid denna uppfattning riktig, så måste densamma i sin tur återverka på vår uppfattning af tumören i bukbetäckningarne, som då sannolikt måste vara af samma art och på grund af dess multipla uppträdande malign.

Sektionen bekräftade nu framstälda uppfattning. I hjernan funnos i h. centrum semiovale två små tumörbildningar, som lågo bortåt 1 ctm. under själfva cortex, just under centra för armen å hjernytan; vidare befanns tumören i bukbetäckningarne vara en typisk, cellrik cancernybildning. Deremot kunde i v. hemisferens cortex ej någon tumörbildning påträffas. De obetydliga symptomen läto dock ej vänta någon större sådan, och omöjligt är ej, att densamma derför lätt kunnat förbises. Men derjämte visade sektionen en kolossalt utbredd cancernybildning i lefvern, medan i öfriga organ, särskildt i de retroperitoneala körtlarne, som endast voro obetydligt svälda, och i ventrikeln ej någon tydlig nybildning kunde konstateras.

Vid sektionen och innan den noggrannare mikroskopiska undersökningen af lefvern utförts voro vi mycket tveksamma om, hvar vi hade att söka den primära härden i fallet. A priori syntes det oss föga sannolikt, att de multipla nybildningarne i lefvern kunde vara uttryck för en primär process i lefvern; och att det ej kunde vara fråga om den form af primär lefvercancer, som ter sig som en pseudocirrhos, vid hvilken nybildningen uppträder som en genom hela lefvern diffust utbredd infiltration med breda, hvita stråk af cancerväfnad utan tydliga begränsade tumörer, visade en hastig mikroskopisk undersökning af lefvern. Denna tillät oss, att med säkerhet konstatera en höggradigt utbildad cirrhos.

Enligt den allmänt gängse uppfattningen anses det ställe, der en enda stor cancerhärd finnes, framför öfriga böra uppfattas såsom den primära härden, ehuruväl fall finnas, i hvilka på grund af cancerns uppträdande i ett särskildt derför predisponeradt organ, såsom ventrikelns pylorusdel, en liten härd måste anses vara den primära utgångspunkten för samtidigt förhandenvarande, ofta kolossala kräftknölar i andra, mindre ofta angripna organ. Så var emellertid icke förhållandet i mitt fall; intet af de oftast primärt angripna organen visade i detsamma någon cancernybildning. Deremot fanns en enda stor begränsad nybildning i bukväggen, och naturligt var derför, att tanken på denna såsom primär härd framstälde sig.

Mot en sådan uppfattning kunde dock så vägande skäl anföras, att jag ej ansåg ett dylikt antagande sannolikt. Primära peritonealcarcinomer finnas visserligen, men tumörens läge gjorde uppfattningen af densamma såsom sådan omöjlig. Ty sektionen visade, att densamma ej, såsom fallet brukar vara vid dessa tumörer, vuxit in i peritonealhålan, utan att den låg utanför peritoneum, hvilket såsom en glatt och glänsande hinna, alldeles oberördt af någon nybildning, gick öfver tumörens åt bukhålan vända sida. En hastig mikroskopisk undersökning visade äfvenledes, att peritoneum ej intresserats af nybildningen. I dess djupaste lager funnos visserligen här och hvar ett ej obetydligt antal rundceller, som uttryck för en viss retning, deremot var detsamma bestämdt fritt från all nybildning af kancerös natur. Tumören måste derför hafva uppstått i väfnaden derunder eller rättare derutanför. Men i nämda subperitoneala väfnad finnes ej någon väfnad af epitelial natur, från hvilken cancernybildningen kunde utvecklats, medan väl, om också just ej så synnerligen ofta, en metastas derstädes kan utbildas. Jag ansåg det derför föga sannolikt, att denna stora tumör var annat än en metastas från annat håll.

Å andra sidan ansåg jag mig till en början dock knappast kunna betrakta de multipla tumörerna i lefvern

såsom primära, såsom jag nyss nämde, och fallet var derför dunkelt. Då emellertid trots den noggrannaste undersökning af öfriga organ, noggrannare kanske, än vanligtvis sker, på grund af nu nämda förhållanden, ingenstädes, särskildt ej i ryggraden, der någon gång en primär cancer kan uppträda och lätt förbises, någon cancerhärd kunde upptäckas, om jag undantager mesenterialkörtlarne, hvilka voro lindrigt ansvälda, utan att dock makroskopiskt någon nybildning i dem kunde påvisas, leddes tanken trots nybildningens multipla natur på, att utgångspunkten var att söka i lefvern.

Den primära lefvercancern kan uppträda i form af enstaka större tumörer eller såsom den nyssnämda diffusa infiltrationen, men derjämte finnas beskrifna former bestående i uppträdandet af talrika små tumörer i lefvern, utgångna antingen direkt från lefvercellerna genom deras transformation eller också utgångna från gallgångarne, ehuruväl denna senare form, liksom i allmänhet den primära lefvercancern, är mycket sällsynt. Men ännu närmare låg tanken på, att vi hade att göra med den form af cancer, som någon gång finnes vid lefvercirrhos, och vid hvilken först en proliferation af lefvercellerna inträder under bildande af begränsade tumörer, s. k. adenomer, hvilka sedan öfvergå till cancerväfnad.

Emellertid visade den noggranna mikroskopiska undersökning, som företogs, att det ej var fråga om sistnämda form, utan om en primär, genom proliferation af epitelet i gallgångarne uppkommen cancernybildning. Aldrig kunde någonstädes någon proliferation af lefvercellerna eller något sammanhang mellan till följd af en sådan uppkomna lefvercylindrar och cancernybildning konstateras. Deremot fanns en kolossal proliferation af gallgångarne i den nybildade bindväfven, fläckvis så betydlig, att tvärsnittet snarare påminde om ett snitt från en njure än från en lefver; dessutom funnos alla öfvergångar från normala gallgångar med obetydligt lumen och enradigt epitel till stora hopar af atypiska epiteliala celler, hvilka dock, då de icke vunnit

alltför stor utbredning, voro skarpt inskränkta till bindväfven utan att gripa öfver på själfva lefvercellernas gebit. Der detta skett, kunde man dock vanligen konstatera, att utgångspunkten var portasträngarne med deras gallgångar.

Vi hade derför otvifvelaktigt att göra med en primär gallgångscancer, då gallblåsan, som ju eljest oftast af gallvägarne är primärt angripen, i hvilket fall då ibland uppstå dylika från gallvägarne utgångna cancerhärdar, i fallet var normal.

Denna form af cancer är synnerligen sällsynt. Musser (Primary cancer of the gallbladder and bile ducts. Association of american physicians. Sept. 1889. Ref. i Virch Hirschs Jahresber. 1890, p. 261) har endast funnit 18 fall af denna form, och antalet sedermera publicerade fall torde ej vara så synnerligen stort.

Nybildningen i bukväggen måste sålunda anses vara sekundär liksom de i hjernan befintliga. Såsom sådana är deras lokalisation anmärkningsvärd. Vägen för den i bukväggen befintliga är naturligtvis att söka i lig. suspensorium hepatis, ehuruväl i ty fall cancern propagerat i en mot blod- och lymfströmmen motsatt riktning. Att denna dissemination ej skett per continuitatem, tror jag mig kunna försäkra, ehuruväl beklagligtvis ej någon mikroskopisk undersökning af detta ligament kunnat företagas, då stycken deraf icke gömdes; större förändringar funnos säkert icke i detsamma. Cancertumören i bukväggen är således att betrakta såsom uttryck för en i motsatt riktning mot blod- och lymfströmmen uppkommen emboli, ett förhållande, som man någon gång finner omnämdt. Hvad åter metastaserna i hjernan vidkommer, så är väl sannolikt, att cancerpartiklar följt med blodströmmen. Man måste tänka sig, att någonstädes någon cancernybildning inträngt i ett blodkärl, att af blodströmmen från denna medförts småpartiklar, som, då intet öppet foramen ovale fanns i fallet, varit tillräckligt obetydliga att passera lungans kapillärer, och att dessa derefter fastnat i hjernan. Är denna uppfattning riktig, qvarstår

dock alltid det egendomliga förhållandet, att ej i lungan eller kroppen för öfrigt några metastaser uppträdt. Att så dock kan vara förhållandet, har jag haft tillfälle se i mer än ett fall. Särskildt erinrar jag mig ett fall, i hvilket vid en cancer uteri en enda metastatisk härd uppstått, och denna satt i hjernan, utan att foramen ovale var öppet.

Till slut förtjenar framhållas den egendomliga bild, pankreas erbjuder. En ej obetydlig atrofi af körtelsubstansen med en höggradig utveckling af bindväfven och fettinfiltration. Om något sammanhang mellan denna förändring och öfriga funna förändringar finnes, eller om endast ett tillfälligt sammanträffande föreligger, kan jag ej afgöra. Klinisk betydelse har den nämda pankreasförändringen ej haft, åtminstone finnes i sjukdomsbilden intet, som kan tydas såsom uttryck för densamma.

Om salofenet och dess verkningar.

Af

H. Köster.

I Göteborgs Läkaresällskaps Förh. 1892 s. 39 har Thedenius redogjort för försök, som af Siehl[1]) utförts med ett nytt salicylsyrederivat. Detsamma har sedan dess pröfvats å Sjukhusets med. afdelning, och då detsamma befunnits vara ett medel, värdt att införlifvas med vår materia medica, torde en redogörelse för de erhållna resultaten vara lämplig.

Innan jag emellertid öfvergår till mina försök, torde ett kort omnämnande af de resultat, andra erhållit med detsamma, vara på sin plats. Det pröfvades först af Guttmann[2]), som använde dagsdoser af 3—8 grm och aldrig vid dessa doser observerade några oangenäma biverkningar. Vid akut ledgångsreumatism verkade medlet såsom öfriga salicylderivat; än försvunno smärtorna, ansvällningen af ledgångarne och febern hastigt, än qvarstodo de någon tid. Vid kronisk ledgångsreumatism voro deremot resultaten obetydliga, och såsom febernedsättande medel verkade det endast obetydligt; doser af 5—6 grm framkallade vid hög feber endast ett temperaturfall af 1—$1^1/_2{}^0$, och samma nedsättning erhölls vid lindrig feber medelst 3—4 grm. I 2 fall af neuralgi var verkan obetydlig, i 3 fall af cystit så godt

1) Siehl: Pharmakologische Untersuchungen über Salophen, ein neues Salicylsäurederivat. Therap. Monatsh. 1892, p, 31.

2) P. Guttmann: Ueber Salophen. Berl. klin. Wochenschrift 1891 N:r 52.

som ingen. På det hela taget anser G. medlet verka såsom salicylpreparater, hvilka det dock öfverträffar genom dess frihet från biverkningar.

Frölich[1]) pröfvade medlet såsom antireumaticum, antipyreticum och antisepticum. Äfven han erhöll hastig verkan vid akut ledgångsreumatism och anser detsamma vara att föredraga framför Salic. natr. och salol på grund af dess frihet från biverkningar; deremot var dess verkan vid kronisk reumatism mycket inkonstant; vid denna lindrade det dock i allmänhet smärtorna, men hade föga inverkan på resorptionen af utgjutningar i ledgångarne. Såsom antipyretiskt medel var det overksamt, och såsom antisepticum tilläto de erhållna resultaten ej något bestämdt omdöme.

Flint[2]) erhöll samma resultat i fråga om dess antireumatiska verkan och fann det likaledes vara fritt från biverkningar. Den använda dosen var 1 grm hvar 3:dje timme, genom hvilken smärtor och rodnad häfdes och febern försvann inom 2—3 dagar.

Caminer[3]) fann utom en god antireumatisk verkan äfven kraftig sådan i fall af cephalalgia, hemicrania och liknande neuroser, i det i dessa smärtorna hastigt lindrades. Äfven vid neuralgier erhöll han godt resultat. I ett fall af ischias inträdde dock efter 4 dagar ej någon förbättring. Dosen var 1 grm hvar 2 timme, dock anser han, att densamma ej bör tagas för låg; risken är obetydlig, då biverkningar så godt som saknas, medlet är smaklöst.

Koch[4]) fann äfven, att vid akut ledgångsreumatism smärtorna, ansvällningen och febern hastigt minskades, att det var fritt från biverkningar i doser af 3—5 grm pro die, och att det vid kron. reumatism väl lindrade smärtorna, men för öfrigt lemnade i sticket. Deremot fann han synnerligt god verkan vid nervösa affektioner. Redan i doser af 0,75—2 grm häfde det

1) Frölich: Ueber Salophen und dessen therapeutische Verwendung. Wien. med. Wochenschrift 1892 N:r 25—28.

2) W. H. Flint: Salophen in acute Rheumatism. New-York med. journ. 1892 Juli 30. Ref. i Centr. f. kl. med. 1893, p. 47.

3) Caminer: Beobachtungen über das Salophen. Therap. Monatshefte 1892, p. 519.

4) E. Koch: Ueber die therapeutische Wirkung des Salophen. Inaug. Dissert 1892. Freiburg. Ref. i Ther. Mon. 1893, p. 33.

hastigt smärtorna, och medlet kan enligt hans åsigt i detta hänseende sättas vid sidan af antipyrin, fenacetin och antifebrin.

HITSCHMANN [1]) konstaterade nedsättning af temperaturen vid ledgångsaffektioner, en nedsättning, som dock ej skedde annat än småningom under samtidig förbättring af allmänbefinnandet och upphörande af smärtorna. Äfven erhöll han goda resultat vid lancinerande smärtor på grund af ryggmärgsaffektioner och ischias. Dosen var 4—6 grm pro die.

HARE [2]) har pröfvat medlet hos barn och erhållit goda resultat utan biverkningar.

LUTZE [3]) hade likaledes gynnsamma resultat vid akut ledgångsreumatism och vid neuralgiska affektioner, såsom lancinerande smärtor vid tabes, hufvudvärk m. m. I allmänhet tyckes han dock anse, att större doser, än vanligen brukas och än hvad äfven å härvarande sjukhus befunnits vara nödvändiga, fordras för kraftig verkan. Medlet fann äfven han fritt från biverkningar.

Slutligen har GERHARDT [4]) äfven redogjort för liknande resultat.

En egendomlig observation gjordes af DRASCHE [5]), som ofta fann riklig svettsekretion, efter hvars afdunstning huden befanns betäckt af en mängd små kristaller; isynnerhet uppträdde dessa i hudfårorna i armbågs- och interfalangealleder na, i flathanden och i halsvecken. Dessa kristaller visade sig under mikroskopet hafva samma utseende som salofenkristallerna, dock kunde de ej kemiskt undersökas på grund af deras ringa mängd.

De samstämmande loford, som af förf. gifvits medlet, häntyda på, att detsamma torde kunna komma att få större användning, än hvad fallet vanligen är med de talrika nya medel, som dyka upp och vanligen försvinna lika snart igen, och uppmuntrade till försök. Detsamma pröfvades derför å lämpliga fall. Först naturligtvis såsom *antireumaticum*.

---

1) HITSCHMANN: Wien. klin. Wochenschrift 1892 N:r 49.

2) HARE: Therap. gazette 1893. Jan. 16.

3) LUTZE: Salophen, ein gutes Antineuralgicum und Antirheumaticum. Therap. Monatsh. 1893, p. 380.

4) R. GERHARDT: Ueber die Heilwirkung des Salophen. Inaugural. Dissert. Jena 1893.

5) DRASCHE: Ueber krystallinische Ausscheidungen auf der Haut beim Gebrauche von Salophen. Wien. med. Wochenschrift 1892 N:r 29.

I 30 fall af akut ledgångsreumatism hafva i allmänhet resultaten varit synnerligen goda. Med en dos af 4—6 grm om dagen i pulver om 1 grm pro dosi försvunno de reumatiska smärtorna i lederna ytterst hastigt, ibland redan efter intagandet af 1:sta pulvret, vanligen efter 2—3 dagar och endast i undantagsfall senare. I detta hänseende synes mig anmärkningsvärdt, att verkan var mindre kraftig i de lindrigare fallen med obetydlig och ingen feber, äfven om smärtorna voro svåra, än i de perakuta fallen med betydlig temperaturstegring. Visserligen lindrades smärtorna äfven högst väsentligt i dessa lindrigare fall, men för deras fullständiga häfvande fordrades längre tid. Hand i hand härmed gick en hastig temperatursänkning, så att redan i de flesta fall äfven vid hög initialtemperatur, räknadt från behandlingens. ej sjukdomens början, feberfrihet inträdde inom förloppet af 3—4 dagar, förutsatt att ej någon af feber åtföljd komplikation fanns, då medlet ej verkade lika kraftigt, såsom jag längre ned skall visa. Äfven ömheten och utgjutningen i ledgången, då sådan fanns, försvunno hastigt, och ledgångarne återfingo i de flesta fall sin fria rörlighet lika hastigt som under bruket af de vanliga salicylpreparaten. Recidiv uppträdde i endast 3:ne fall, utan att man dock kan tillskrifva detta förhållande medlets användande, då liknande äfven förekommer vid de vanliga salicylpreparatens användande.

Medlet togs med största lätthet på grund af dess smaklöshet och fordrade intet skyddande vehikel; biverkningarne voro ytterst obetydliga. I de flesta fall funnos ej några sådana; riklig svettning inträffade vid detta som vid öfriga salicylpreparats bruk, men för öfrigt anmärktes aldrig de obehagliga följder, som vidlåda bruket af salicylsyra och salicylsyradt natron. Öronsus besvärade aldrig patienterna, lindrig yrsel af dock ej vidare obehaglig art anmärktes i 3 fall, lindring sveda i maggropen i 1 fall, och i 1 fall kände pat. sig något dåsig; svåra gastriska rubbningar, den intensiva yrseln och salicyldelirierna, som vi så ofta observera vid salicylsyrebruk, förekommo deremot aldrig. Den af Drasche observerade krystalliniska afsöndringen å huden har jag ej observerat, dock har jag ej särskildt riktadt min uppmärksamhet härå.

Verkan är således förträfflig, och medlet synnerligen användbart. Såsom bevis för det anförda, torde det vara lämpligt att i största korthet anföra några af fallen.

1. A. J. 21-årig qv. Int. 13/4, utskr. fr. 30/4. Värk 10/4, efter att samma dag hafva blifvit olustig och känt sig allmänt illamående, i h. fotens tår och fotleden samt äfven ömhet vid rörelser och vid beröring. Följande dag angreps v. foten på samma sätt, men häftigare samt v. höften, så att hon ej kunde ligga å denna sida. Båda fötterna svullnade. Allmänna tillståndet blef rätt dåligt.

13/4. Efter några doser salofen började pat. känna sig bättre både hvad det lokala lidandet och allmänbefinnandet beträffar. Temp. 39,5°. Ord. 4 grm salofen de die.

14/4. Temp. m. 38,6°, a. 39°. Allmänna tillståndet betydligt förbättradt. Värk qvarstår, ehuru endast lindrig. Ingen hufvudvärk, ingen yrsel, inga kräkningar.

15/4. Temp. m. 38°, a. 38°. All värk borta, pat. kan ogeneradt gå. Sömn och aptit hafva alltjämt förbättrats.

16/4. Temp. m. 37,2°, a. 37,6° och sedan alltjämt normal. All svullnad och ömhet vid palpation försvunnen.

22/4. Slutade med salofen.

25/4. Kläder.

2. A. A. 26-årig qv. Int. 27/4, utskr. fr. 9/5. Sjuknade 20/4 med frysningar, värk och svullnad af h. handled, som blef öm, samma dag uppträdde flygvärk i knä- och fotleder, och följande dag förvärrades värken högst betydligt. 24/4 voro nyssnämnda leder betydligt ansvälda, och ömheten och smärtorna vid rörelse hade så tilltagit, att pat. hvarken kunde stå eller gå. Samtidigt fick hon värk i skulder- och armbågslederna.

27/4. Temp. 38,9°, dålig matlust, urinen håller spår af albumin, puls liten, 100. Svåra smärtor och betydlig utgjutning i benens, isynnerhet det venstras ledgångar, värk och ömhet utan utgjutning i öfriga ledgångar. Periartikulärt ödem å v. fotleden. Ord. 4 grm salofen.

28/4. Temp. m. 38,2°, a. 38,5°. Värk betydligt lindrigare.

29/4. Temp. m. 38°, a. 37,6° och sedan alltjämt normal. Värk ytterligare lindrad. Ringa svettning.

30/4. All värk försvunnen. Inga symptom från ventrikeln, ingen yrsel, intet öronsus.

1/5. All svullnad borta, ingen ömhet af ledgångarne. Puls svag, 60 i min.

6/5. Upphör med salofenet.

7/5. Kläder.

3. H. Å. 21-årig qv. Int. $^{26}/_{5}$, utskr. fr. $^{8}/_{6}$. För 3 veckor fick pat. svår hufvudvärk, frysningar. Efter 1 vecka hufvudvärk borta, men värk i fötterna, knäna och ryggen. Fot- och knälederna svullnade, axellederna började sedan äfven värka.

$^{26}/_{5}$. Temp. 39,5^{0}. Puls 84. Ömhet och värk vid tryck å knä- och fotleder, eljest icke; ingen svullnad. Diarré. Ord. Salofen 4 grm de die.

$^{27}/_{5}$. Temp. m. 38,7^{0}, a. 39,3^{0}, värk lindrad genast efter första pulvret.

$^{28}/_{5}$. Temp. m. 38^{0}, a. 37,7^{0}. Värk betydligt förbättrad; inga obehagliga biverkningar. Ett länge förhandenvarande öronsus är möjligen något förvärradt.

$^{29}/_{5}$. Temp. m. 37,4^{0}, a. 38,2^{0}.

$^{30}/_{5}$. Temp. m. 37,5^{0}, a. 38,3^{0}. Värken i lederna försvunnen, endast obetydlig sådan vid försök att gå. Starka smärtor i v. örat jämte flytning ur detsamma.

$^{31}/_{5}$. Värken alldeles borta.

$^{7}/_{6}$. Remitteras till kirurg. afd. för en otitis media med stark ömhet öfver processus mastoideus och svullnad. Temp. trots fortsatt salofenbruk 39^{0}.

4. K. A. 21-årig qv. Int. $^{13}/_{5}$, utskr. fr. $^{4}/_{6}$. Upprepade anfall af ledgångsreumatism. För 7 veckor sedan värk i ryggen och samtidigt värk och ansvällning af handlederna, därpå af höftlederna, knä- och fotlederna.

$^{13}/_{5}$. Temp. a. 38^{0}. Puls 68, jämn, kraftig. V. knä- och fotled något ansvälda, öfriga leder af normal form. Alla leder dock ömma vid tryck. Ord. salofen 4 grm de die.

$^{14}/_{5}$. Temp. m. 37,2^{0}, a. 37,5^{0}, sedan alltjämt normal. Uppger, att nästan omedelbart efter första pulvrets intagande upphörde värken, har ej svettats eller för öfrigt känt något obehag af medlet.

$^{17}/_{5}$. Lindrig värk i knälederna, eljest fri från värk.

$^{20}/_{5}$. Fullt fri från värk, ännu lindrig ömhet vid beröring af knälederna.

$^{24}/_{5}$. Upphör med salofen.

5. A. G. 21-årig qv. Int. $^{22}/_{5}$, utskr. fr. $^{2}/_{6}$. I April började pat. känna svår värk i fot- och knäleder, som svälde betydligt och blefvo ömma. Genom medicin häfdes lidandet efter 3 dagar. En vecka senare ånyo ömhet under fötterna och värk i fotlederna utan ansvällning, som inträdde $^{20}/_{5}$.

$^{22}/_{5}$. Temp. a. 37,6^{0} och allt framgent normal. Puls 80, jämn, kraftig. Ansvällning och ömhet af fotlederna. Ord. salofen 4 grm de die.

$^{24}/_{5}$. Ömhet och ansvällning af h. fotled försvunna, i v. ännu qvar, ehuru minskade, smärtor här endast, då pat. trampar å foten.

$^{25}/_{5}$. Ansvällning af v. fotled borta, ännu lindrig ömhet.

$^{27}/_{5}$. All ömhet försvunnen äfven i v. fotled.

6. M. E. 48-årig qv. Int. $^{15}/_{4}$, utskr. fr. $^{16}/_{5}$. Upprepade gånger svår reumatism med svår värk och svullnad af ledgångarne. $^{19}/_{4}$ fick hon värk i fotlederna, som svullnade och blefvo ömma, i synnerhet den venstra. Den minskades här de följande dagarne, men uppträdde i stället i h. knäleden, som blef öm och svälde.

$^{15}/_{4}$. Temp. 39,1^{0}. Puls 74, kraftig. Ömhet och värk särskildt i v. knäled, hvars omkrets är 3 ctm. större än den h. knäledens, lindrig ansvällning af v. fotled. Endocarditis valv. mitralis. Ord. salofen 1 grm 4 de die.

$^{16}/_{4}$. Temp. m. 38,1^{0}, a. 38,6^{0}. Värken, som fortfarit under natten, är på morgonen alldeles häfd. Ingen yrsel, inga ventrikelsymptom. Stark svettning.

$^{17}/_{4}$. Temp. m. 37,2^{0}, a. 37,2^{0}. Värk borta. Stark svettning. V. knäledens omkrets 2 ctm. mindre än förut.

$^{18}/_{4}$. Temp. normal. Känner sig fullt återställd.

$^{19}/_{4}$. V. knäets ansvällning försvunnen.

$^{22}/_{4}$. Slutade med salofenet.

7. A. B. 48-årig m. Int. $^{21}/_{4}$, utskr. fr. $^{5}/_{5}$. Har flera gånger lidit af värk i fotens och tårnas ledgångar samt på sista året äfven i h. handled och fingerled. En vecka före inkomsten plötsligen häftig värk i h. armbågsled, följande dag äfven i h. handled, dagen därpå i båda knälederna och slutl. i v. fotens metatarsophalangealleder, i h. axelleden och h. lilltåns metatarsophalangealled. Allt efter som värken spred sig till nya leder, minskades den i de förut angripna. Samtliga angripna ledgångar svullnade mer eller mindre.

$^{21}/_{4}$. Temp. 38^{0}. Puls 80, jämn och kraftig. Å v. handen är tummens metacarpophalangealled ansväld och rodnad samt öm för tryck, h. armbågsleden är något uppdrifven, äfven h. handleden och h. tummens metacarpophalangealled samt h. pekfingrets 1:sta interphalangealled. Ömhet för palpation af båda knälederna, som äro lindrigt ansvälda. Å v. foten ömhet af tarso-metatarsalleden; den är något och h. fotleden mera ansväld, likaså flere af tålederna.

$^{23}/_{4}$. Temp. m. 37^{0}, a. 36,6^{0}, sedan normal. H. stortåns metatarso-phalangealled har angripits, värken i öfriga leder nästan borta. Inga symptom från ventrikeln eller hufvudet.

$^{24}/_{4}$. Värk i h. stortå, för öfrigt värk försvunnen.

$^{25}/_{4}$. Värk öfverallt borta, svullnaden af lederna så godt som fullständigt försvunnen.

8. L. L. 29-årig qv. Int. $^{6}/_{4}$, utskr. fr. $^{25}/_{5}$. För 1 månad upprepade frysningar med efterföljande svettning, 1 vecka senare värk och svullnad först i båda knälederna, därefter i båda fotlederna. Straxt därefter började underbenen värka och blifva ömma för tryck, snart äfven på samma sätt låren och hela ryggraden, däremot förblefvo höftlederna fria. Slutligen angrepos äfven v. axelled, h. axelled, båda öfverarmarne, vidare armbågs- och handlederna. Några dagar före inkomsten starka qväljningar och kräkningar.

$^{6}/_{4}$. Temp. m. 39,2^{0}, a. 40,1^{0}, puls kraftig, 80 i min. Symptom af insufficientia ostii mitralis. Höggradig ansvällning af h. handled, svullnad äfven af öfriga arm- och benleder, minst af v. knäled och fotleder. Alla lederna äro ömma och stela. Stark ömhet af muskulaturen å öfverarmarne, benen och något äfven å underarmen. Ömheten är diffus, inga palpabla förtjockningar. Ord. salofen 4 grm de die.

$^{7}/_{4}$. Temp. m. 38,2^{0}, a. 38,1^{0}. Värken i det närmaste borta äfven i den ännu betydligt svullna h. handleden.

$^{8}/_{4}$. Temp. m. 37,4^{0}, a. 37,2^{0}. Värk borta. Svullnaden af lederna, äfven af h. handled, nästan borta. Lindrig svettning, ingen yrsel, inga kräkningar.

Värken var därefter borta och temperaturen, undant. en enstaka stegring $^{12}/_{4}$ till 38,4^{0}, normal, och den $^{17}/_{4}$ upphördes med salofenets bruk.

$^{20}/_{4}$. Ånyo lindrig värk i v. handled, som är något svullen och öm, likaså värk i h. armbågsled och ömhet. Ord. salofen 4 grm de die.

$^{21}/_{4}$. Temp. m. 37,5^{0}, a. 37,9^{0}. Ingen värk.

$^{22}/_{4}$. Temp. m. 38,2^{0}, a. 38,1^{0}, ingen värk, men känsla af stelhet i lederna. Svullnad försvunnen.

$^{23}/_{4}$. Temp. m. 37^{0}, a. 37,4^{0}.

$^{27}/_{4}$. Upphörde med salofenet. Temp. sedan sista dagantecknigen normal, värk borta, men stelheten har qvarstått tills i dag.

$^{6}/_{5}$. Kläder, känner vid gång lindrig stelhet och ömhet af lederna, som dock ej äro svullna.

$^{7}/_{5}$. Temp. m. 38,2^{0}, a. 38,5^{0}.

$^{8}/_{5}$. Temp. m. 38,6^{6}, a. 38,4^{0}.

$^{9}/_{5}$. Temp. m. 38,6^{0}, a. 38,2^{0}. Ånyo värk i axellederna. Ord. Salofen.

$^{10}/_{5}$. Temp. m. 37,5^{0}, a. 37,2^{0}, sedan normal. All värk försvunnen.

12/5. Lindrig värk i lederna under nattens lopp.
14/5. Fri från all värk, ingen stelhet i lederna.

9. A. W. 35-årig m. Int. 27/5, utskr. fr. 15/6. Upprepade anfall af ledgångsreumatism, inledda hvarje gång af angina tonsillaris. För 6 veckor ånyo angina, därefter smärtor i armbågslederna och ansvällning samt smärtor i handlederna. Därefter äfven i knä-, fot- och höftleder. Förbättring genom medicin, men snart nya smärtor.

27/5. Temp. normal och så allt framgent. Puls 80, liten, regelbunden. Smärtor i synnerhet i fotlederna, höftlederna samt h. knäet. Stark ömhet och svullnad af dessa leder undant. h. fotleden samt af ländkotornas ledgångar. Ord. salofen 4 grm de die.

29/5. Värk betydligt förbättrad, svullnad mindre, lindrig yrsel, eljest intet obehag.

30/5. Leder normala, ingen värk.

7/6. Upphörde med salofen.

10. A. B. 16-årig qv. Int. 5/4, utskr. fr. 28/5. Upprepade anfall af ledgångsreumatism. 28/3, sedan hon en hel månad känt sig stel och öm i v. fotled, svår värk i denna jämte rodnad och allmänt illamående. Därpå angrepos v. knäled, v. höftled och ryggradslederna, sedermera h. höftled, h. knäled och fotled, slutligen h. armbågs- och handled.

5/4. Temp. m. 39°, a. 39,2°. Puls regelbunden, 80. Matlust dålig. H. fotled, knä- och höftled, v. armbågsled något svullna, alla dessa samt v. knä- och fotled ömma. Symptom af stenosis ostii mitralis. Ord. salofen 4 grm de die.

6/4. Temp. m. 38,2°, a. 38,1°. Värk i lederna nästan borta. Inga biverkningar. H. handled hade dock på morgonen svullnat och blifvit mera öm och stel, men var på e. m. betydligt bättre.

7/4. Temp. m. 37,7°, a. 37,6°. Några lindriga ristningar ännu i lederna, ingen egentlig värk.

8/4. Temp. m. 37°, a. 37,6°, sedan normal till 28/4. Ingen värk, svullnad borta.

9/4. Upphörde med salofen. Frisk till

14/4, då ny värk i lederna. H. handens fingrar, isynnerhet långfingret, äro ansvälda och ömma. Ord. salofen 4 grm de die.

15/4 och 16/4. Betydligt förbättrad.

17/4. All värk borta, svullnaden af h. handens fingrar försvunnen.

22/4. Upphörde med salofen.

25/4. Under natten värk i h. och v. knäled; hjärtverksamheten mycket hastig.

28/4. Temp. m. 37,4°, a. 38,3°.

29/4. Temp. m. 37,6°, a. 38,1°. Svullnad och värk i h. handled.

30/4. Temp. m. 37,6°, a. 39,1°. Puls 117. Värk qvarstår. Ord. salofen 4 grm de die.

1/5. Temp. m. 37,7°, a. 38,5°. Värken betydligt bättre.

2/5. Temp. m. 38,2°, a. 38,5°. Värk förbättrad i h. handled, lindrig sådan nu i v. handled och fotled, som äro något ansvälda. De flesta leder något stela.

3/5. Temp. m. 38,2°, a. 38,4°, sedan feberfri.

14/5. Fri från värk, svullnad och stelhet. Upphör med salofen.

20/5. I v. skulderled, armbågsled och handled smärtor, ej feber, handleden ansväld. Salofen 4 grm de die.

21/5. Fri från värk och svullnad och sedan frisk till utskrifningen.

11. O. J. 26-årig m. Int. 28/4, utskr. fr. 12/5. För 15 år sedan reumatisk feber. 24/4 jämte allmänt illamående värk i h. höftled, sedan i h. knäled, v. fotled, skuldrorna och handlederna under samtidig ansvällning af lederna, isynnerhet h. knäleden.

28/4. Temp. a. 38,9°. Svår värk i h. knäet, v. fotled, båda skuldrorna och handlederna, hvilka alla ömmade och voro ansvälda, isynnerhet h. knäet. Symptom af insufficientia ostii aortæ. Ord. salofen 4 grm de die.

29/4. Temp. m. 38,4°, a. 38,6°. Värk oförändrad. Stark svettning, eljest inga bivärkningar.

30/4. Temp. m. 37,8°, a. 37,5°, sedan normal. Värken fortfor, ehuru betydligt lindrigare än vid inkomsten. Puls 78, jämn, kraftig.

1/5. Värk och svullnad af lederna borta. Puls 70, kraftig.

7/5. Slutade med salofenet.

12. E. E. 39-årig m. Int. 28/4, utskr. fr. 7/6. För 2 år sedan reumatiska smärtor, försvunna efter några dagar. För 14 dagar sedan frossbrytningar och hufvudvärk, värk och stelhet i lederna samt sedan svullnad, först i benens, därpå i armarnes ledgångar jämte ömhet för tryck. Värken lindrades, då svullnaden inställt sig.

28/4. Temp. a. 38,2°. Puls 80, regelbunden kraftig. Symptom af insufficientia ostii mitralis. Värk och stelhet i alla kroppens ledgångar, isynnerhet h. armens. Stark ansvällning af föt-

terna, fotlederna och nedre delen af underbenen, fotleden rodnad och varm, rörligheten der högst betydligt nedsatt. Från knä- och höftleden anmärkes endast ringa värk. Båda händerna och handlederna likaledes svullna, styfva och ömma, isynnerhet den h., likaledes, ehuru mindre, armbågslederna och h. axelleden. Ord. salofen 4 grm de die.

29/4. Temp. m. 37,6°, a. 37,9°. Värken har betydligt lindrats.

30/4. Temp. m. 37,5°, a. 37,5°, sedan alltjämt normal. Pat. känner sig betydligt bättre. Svullnaden af lederna betydligt minskad, ingen värk, obetydlig ömhet, rörlighet ganska god. Endast i höftlederna fortfar stelheten.

1/5. Värk alldeles borta. Puls jämn, 60 slag i minuten. Inga symptom från ventrikeln, intet öronsus, ej yrsel.

2/5. All svullnad försvunnen.

6/5. Ånyo trots fortsatt salofenbehandling lindriga stickningar här och där i lederna.

9/5. Värk i isynnerhet v. armens leder. Ingen svullnad.

10/5. Ord. salicyl. natr. 6 grm de die.

11/5. Värk borta.

12/5. Lindrig värk i båda armarnes leder, som äro stela och något ömma.

14/5, 16/5. Värk borta, däremot qvarstår stelheten i lederna.

19/5. Stelheten i armarnes leder har något minskats.

23/5. Stelheten minskas fortfarande. Kläder.

28/5. Fortfarande lindrig stelhet af lederna.

29/5. Värk och ristningar i h. handled, som svullnat något.

30/5. Symptom försvunna.

13. M. L. 26-årig qv. Int. 6/4, utskr. fr. 30/4. För 2 år sedan akut ledgångsreumatism. För 7 veckor sedan influenza, låg till sängs 1 vecka; efter att ha varit uppe 2 veckor, började hon känna ömhet och svullnad under fötterna, fotlederna svullnade och blefvo ömma, så att hon ej kunde gå. Värk inställde sig, spred sig därifrån upp i vadmuskulaturen och knälederna, lårmuskulaturen och höftlederna, sedan i handlederna och öfverarmens muskler; de angripna lederna svullnade betydligt och blefvo ömma. Stundtals svår hufvudvärk.

6/4. Temp. 38,3°, puls liten, 72 slag i min., regelbunden, dålig matlust. Svår hufvudvärk och värk och ömhet i lederna och muskulaturen, fotlederna svullna, musklerna ömma. Symptom af endocarditis valv. mitralis. Ord. salofen 4 grm de die.

7/4. Temp. m. och a. 37,5°. Höggradig svettning, eljest inga bivärkningar, subjektiva befinnandet betydligt bättre.

$^{8}/_{4}$. Temp. m. 37,2°, a. 37,8°. Obetydlig värk i fotlederna. Fortfarande hufvudvärk, ehuru lindrigare än förut. Yrsel, dock ej höggradig, intet öronsus.

$^{9}/_{4}$. Temp. m. 37,6°, a. 38,2°. Ingen yrsel. Våldsam hjärtklappning och oregelbunden hjärtverksamhet.

$^{10-20}/_{4}$. Temp. under denna tid visade tidtals lindriga, oregelbundna temperaturstegringar till högst 38,3°. Värken återkom stundtals, men var i regeln försvunnen. Svullnaden alldeles borta. Då och då yrsel och hufvudvärk. Hjärtklappning borta.

$^{21}/_{4}$. Slutades med salofen. Tillståndet mycket godt. Puls 84, liten mjuk.

$^{22}/_{4}$—$^{28}/_{4}$. Tillståndet godt. Någon enda gång hufvudvärk. Kläder sistnämnda dag.

14. I. K. 33-årig qv. Int. $^{30}/_{3}$, utskr. fr. $^{30}/_{4}$. Upprepade gånger ledgångsreumatism. För 14 dagar plötsligen frysningar, hufvudvärk, värk i extremiteterna och ryggen, stelhet af lederna, qväljningar. Fot- och handleder svullnade, blefvo ömma.

$^{30}/_{3}$. Temp. 37,8°. Svår värk i axellederna och i armbågslederna, ingen svullnad, men stelhet och ömhet vid rörelser. Svår hufvudvärk. Puls 56, kraftig och jämn. Symptom af insufficientia ostii mitralis. Ord. salofen 4 gm de die.

$^{1}/_{4}$. Temp. feberfri och så alltjämt. Hufvudvärk bättre. Värken i lederna lindrigare. Stark svettning, känner sig sömnig och något yr. Inga obehag från ventrikeln.

$^{2}/_{4}$ och $^{3}/_{4}$. Värk försvunnen. Inga kräkningar af medlet.

$^{4}/_{4}$. Obetydlig värk under natten.

$^{5}/_{4}$—$^{9}/_{4}$. Tillståndet fullt tillfredsställande. Understundom kännes en hastigt öfvergående smärta i lederna. Klagar mindre öfver sömnighet och yrsel, men svettas mera. Ibland hufvudvärk. Upphörde med salofenet.

$^{10}/_{4}$—$^{30}/_{4}$ Tillståndet fortfarande godt, endast då och då lindrig smärta i lederna. Allmänna befinnandet godt. Puls mellan 60—70, jämn, kraftig.

Granska vi de anförda fallen, torde det fälda omdömet om medlets förträffliga verkan vid akut ledgångsreumatism ej kunna jäfvas. Så finna vi med afseende på värken, att densamma i ett par af fallen försvunnit nästan omedelbart efter de första pulvrens intagande (3, 4) och i hvarje händelse lindrats redan följande dag i de flesta fall; fullständigt försvann densamma redan efter 1 dags bruk i fall 6, 8 och 14, efter 2 dagars i fall 1 och 5, efter 3 dagars i fall 2, 9, 10 och 12, samt senast efter 4 dygns

bruk i fall 3 och 7, utan att värken dock i dessa sistnämnda fall angifvits vara intensiv. Samtidigt med värkens upphörande försvann eller minskades svullnaden hastigt; så var den t. ex. i fall 3 försvunnen efter blott 1 dags salofenbruk, dock var ansvällningen här ej mycket höggradig; men äfven där den var så, var den i regeln försvunnen efter 3 (1, 5, 6, 9, 10, 11) och 4 dagars (2, 7, 12, 13) salofenbruk. Hand i hand härmed gick en hastig nedsättning af den ursprungligen något förhöjda temperaturen; en återgång till normal temperatur egde rum, då temperaturen var obetydligt förhöjd vid inkomsten, redan efter en dags bruk af medlet i fall 4, i regeln, äfven vid betydligare höjning, efter 2 (2, 6, 7, 8, 11, 12) och 3 dagars sådan (1, 9). I genomsnitt har alltså 4 dagars behandling med doser om 4 gm om dagen visat sig tillräcklig att häfva alla symptom, ett resultat. som ej i allmänhet är bättre vid användandet af salicylsyradt natron eller ren salicylsyra.

Framför sistnämnda medel visa de anförda fallen salofenets öfverlägsenhet i fråga om de af de förra såsom regel framkallade obehagliga biverkningarne. I nästan alla fall konstaterades frånvaro af sådana, och, der de funnos, voro de alltid jämförelsevis obetydliga. Ett så höggradigt illabefinnande, som man ej sällan observerar såsom en följd af salicylas natricus äfven i måttliga doser förekom aldrig. Där biverkningar förekommo, voro de alltid mycket lindriga. Så anmärkes lindrig yrsel (9, 13, 14), sömnighet (14), en lindrig ökning af ett redan förut förhandenvarande öronsus (3) samt betydlig svettning (6, 11, 13 och 14). Särskildt någon inverkan på ventrikeln förekom aldrig, och det oaktadt i flere fall vid inkomsten funnos symptom af ventrikelrubbningar (2, 10, 13) eller diarré (2). Någon deprimerande inverkan på hjärtat kunde aldrig konstateras.

Naturligtvis visar sig äfven en och annan afvikelse från det ofvan skildrade förloppet, dock förekomma ju sådana äfven vid användandet af de vanliga salicylpreparaten, utan att man kan säga, att de förekommit oftare än vid dessa senares bruk. Så angripes trots påbörjad salofenbehandling nya leder ett par gånger (7, 10), dock endast de första dagarne, aldrig åter, sedan denna fortsatts några dagar; äfven värk, ehuru alltid af lindrig art, uppträdde ånyo efter att hafva varit alldeles häfd (4, 12,

13 och 14). Särskildt fall 12, där vi på grund häraf började använda salicylas natricus visar, att detta medel ej hade större inflytande, då äfven under dess bruk värk uppträdde i lederna.

Recidiv uppträdde i 2 fall upprepade gånger (8, 10), båda gångerna med lindrig värk, svullnad och temperaturstegring, hvilka symptom dock häfdes efter några dagars salofenbehandling, dock torde ej detta kunna läggas medlet till last, då liknande ju observeras äfven vid användande af salicylsyra. Omöjligt synes mig ej vara, att de nu nämnda afvikelserna, naturligtvis med undantag af biverkningarne, hade undvikits, ifall medlet användts i något större dos, än hvad fallet var här; i hvarje händelse är det anmärkningsvärdt, att ett så i genomsnitt gynnsamt resultat uppnåtts i de flesta fall, om man betänker, att salofenet innehåller endast omkring 50 % salicylsyra, och att således 4 gm. salofen motsvara ung. 2 gm. salicylsyra.

Äfven vid *akut muskelreumatism* har det i flere fall visat sig ganska verksamt. Ett sådant må här anföras.

15. H. J., 22-årig qv. Int. 28/4, utskr. d. 2/6. Fem veckor före inkomsten å sjukhuset fick pat. häftig värk i muskulaturen kring lederna, särskildt höftlederna, knälederna, vadorna och axlarna; samtidigt blefvo de mycket ömma. Dålig matlust.

28/4. Temp. 38,4°. Puls 72, regelbunden; dålig matlust. Stark smärta vid palpation af musklerna, som dock ej kännas förtjockade, och likadan vid rörelser. Ord. salofen 4 gm de die.

29/4. Temp. m. 37,6°, a. 38,1°. Värk oförändrad.

30/4. Temp. m. 37,3°, a. 38,3°. Värk nästan försvunnen, inga biverkningar.

Värken var sedan häfd helt och hållet, men däremot qvarstod en lindrig remitterande feber med temperaturstegringar till 38,6° och 38°, och först d. 4/5 var pat. feberfri. 7/5 upphördes med salofenets bruk.

Vid de *kroniska reumatiska åkommorna* har medlet försökts i flere fall. Äfven i dessa förmådde det lindra värken och i åtskilliga fall rent af häfva densamma, utan att dock någon inverkan för öfrigt på processen kunde spåras. Dock förekommo fall, i hvilka ej den ringaste inverkan äfven på smärtorna kunde konstateras, men i dessa fall visade sig äfven det därefter använda salicylsyrade natronet overksamt. Ej heller i något af

dessa fall anmärktes något obehag i form af bristande matlust, sura uppstötningar, qväljningar eller yrsel. Jag anser det vara öfverflödigt att i fråga om dessa senare anföra sjukdomsberättelser, då desamma ej torde ega något egentligt intresse.

En annan af salicylsyrans verkningar är dess *antipyretiska*, och såsom febermedel är ofta den rena salicylsyran ganska kraftigt, efter hvad vi upprepade gånger här å sjukhuset kunnat konstatera. Det låg därföre nära till hands att vänta, att äfven salofenet skulle ega en sådan, men resultaten af de hittillls offentliggjorda försöken tyckas ej tala för, att större temperaturnedsättningar skulle följa vid dess användande. FRÖLICH till och med förklarar detsamma alldeles overksamt i detta hänseende, medan GUTTMANN dock funnit en nedsättning af 1—1,5°. De resultat, vi erhållit vid våra försök, öfverensstämma närmast med de af GUTTMANN funna. Både vid pneumoni, tuberkulos, erysipelas och ett antal andra febersjukdomar har en sådan verkan kunnat konstateras, ehuru den dock aldrig var synnerligen höggradig, sällan nående öfver 2°, och ofta endast mycket obetydlig eller ingen alls, detta, vare sig medlet gafs en gång eller upprepade gånger under dagens lopp; sänkningen inträdde hastigt nog, men temperaturen steg efter förloppet af 3—4 timmar i regel igen. I flere fall kunde trots bruket af 4 gm om dagen, fördeladt i 4 doser med 3 timmars mellanrum, ny temperaturstegring ej hindras, utan denna vidtog ibland omedelbart efter intagandet af ett 2:dra eller 3:dje pulver.

Blott några exempel må anföras som bevis på det nu sagda.

16. *Phthisica.*	kl.	7	39,5°	1 gm salofen
	»	8	39,4	
	»	9	39,4	
	»	10	38,6	
	»	11	38,4	
	»	12	38,9	

17. *Phthisica.*	kl.	8	39,3°	1 gm salofen
	»	9	38,8	
	»	10	38,5	
	»	11	38	
	»	12	38,3	

18.	Anæmia pernic. progr.	kl. 7 e. m.	39°	1 gm salofen.	
		» 8 »	38,2		
		» 9 »	38		
		» 10 »	37,9		
19.	Pneum. acuta.	kl. 7 f. m.	38,2°	1 gm salofen.	
		» 8 »	38		
		» 9 »	38,5		
		» 10 »	37		
20.	Febris.	kl. 7	38,2°	1 gm salofen	
		» 8	37,1		
		» 9	37,4		
		» 10	37,4		
		» 12	37,9	1 gm salofen	
		» 1	38,2		
		» 2	38,9		
		» 3	39,1	1 gm salofen	
		» 6	38,8	1 » »	
		» 7	38,6		
		» 8	38,5		
		» 9	38,5		
		» 10	38,7		

Äfven några af de förut anförda fallens temperaturuppgifter visa, huru vid närvaro af endokardit vid akut reumatism trots kontinuerligt användande af salofen temperaturen regelbundet visade lindriga stegringar.

Någon egentlig användning såsom febermedel torde salofenet ej på grund af det nu anförda kunna få.

Däremot är detsamma i flere fall åter af stort värde såsom *antineuralgicum*. Såsom sådant har jag pröfvat medlet i ett ej obetydligt antal fall, öfvervägande vid neuralgiska affektioner, men äfven vid vanlig hufvudvärk och i spridda fall af migrän. Medlet har i allmänhet en rätt god verkan, i ett och annat fall en rent af öfverraskande gynnsam sådan. Blott ett par fall må här omnämnas:

21. En 60-årig qv. hade sedan 3 månader lidit af ytterst häftig värk i hela v. armen, gående enl. hennes uppgift längs nervgrenarne; den var så svår, att den hindrade henne från att sofva under flera nätter å rad, och hade på sista tiden upp-

trädt äfven i bröstet och sidan. Objektivt kunde dock ej något abnormt konstateras i fråga om nerverna, de voro ej särskildt förtjockade eller ömma. Alla brukliga medel hade försökts, antifebrin, antipyrin, fenacetin etc. utan någon verkan, och pat:s tillstånd var derför föga tillfredsställande. Efter några dagars bruk af salofen häfdes den nämnda värken i det närmaste, och pat. utskrefs fullt frisk samt har ännu 4 månader efter afslutad behandling ej haft något recidiv.

Äfven ett annat fall, meddeladt af d:r LAMBERG, i hvilket salofenet verkat befriande från många års lidanden, som intet af våra öfriga kända antinervina förmått lindra, må anföras.

22. En 64-årig qv. har sedan flera år lidit af en ytterst våldsam ansigtsneuralgi, som kunnat hålla i ända till 3 månader i sträck, utan att på minsta vis påverkas af något läkemedel. Spontana fritider om 1 månad och mera funnos, ehuru äfven under dessa värken aldrig var fullt borta, utan endast obetydlig, men efter en sådan fritid tilltog densamma ånyo med förökad häftighet. Pat. var nära bragt till förtviflan. Genom salofen häfdes värken emellertid i det närmaste efter några doser, och, när den någon gång tyckes börja på igen, är intagandet af några pulver af medlet tillräckligt, att ånyo komma värken att så godt som upphöra.

Naturligtvis verkar ej medlet lika gynnsamt i alla fall, men min erfarenhet i detta hänseende talar för, att detsamma såsom antineuralgicum är ett ganska värdefullt medel, förtjänt af att försökas.

Till slut må några försök omnämnas, som jag gjort med detsamma vid *exsudativa pleuriter*.

Såsom jag i en föregående uppsats visat, tyckes salicylsyran hafva en gynnsam, resorptionsbefordrande inverkan på dessa processer, och det låg derför nära till hands att äfven försöka medlet vid dessa, då dess hufvudbeståndsdel ju är salicylsyra, och dess frihet från biverkningar gör detsamma angenämare för patienterna att taga. I 6 fall af exsudativ pleurit har jag pröfvat det, utan att jag dock kan säga, att någon tydlig verkan följt efter dess intagande. Dosen har varit 4—6 grm. Det är ju möjligt, att dosen varit för liten, ty den omnämnda qvantiteten motsvarar endast 2—3 grm salicylsyra, och de doser, jag an-

vändt af salicylsyra och dess salter, hafva varit betydligt större, motsvarande 8—10 grm af preparatet. Dess höga pris har dock hindrat mig att använda detsamma i sådana doser och torde väl äfven, om det i sådana visar sig verksamt, lägga hinder i vägen för ett allmännare användande vid detta lidande.

Priset är nämligen för nävarande 40 öre per gram. Då medlet visat sig vara ett mycket användbart antineuralgicum samt ett kraftigt antireumaticum, fullt lämpligt att ersätta de vanliga salicylsyrepreparaten på grund af dess frihet från alla obehagliga biverkningar, är det att önska, att detta pris snart måtte blifva lägre, så att det måtte kunna få den allmänna användning, det onekligen förtjänar.

Spastisk spinalparalys efter variolæ.

Af

H. Köster.

För kort tid sedan hafva Erb (Neurologisches Centralblatt 1892 N:o 6) och utförligare Kuh från Erbs klinik (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, Bd III. p. 359) under namn af syfilitisk spastisk spinalparalys beskrifvit en symptomkomplex, som karakteriseras af höggradigt spastisk gång med höggradigt stegrade senreflexer, obetydlig muskelrigiditet, höggradiga rubbningar af urineringen och obetydliga sensibilitetsrubbningar. Denna symptombild är Erb benägen att anse bero på en syfilitisk myelit och vara karakteristisk för en sådan.

Å härvarande klinik har för kort tid sedan observerats ett liknande fall, som, hvad symptomen beträffar, endast oväsentligt skiljer sig från den nyss nämda, af Erb skildrade komplexen, men i hvilket det ätiologiska momentet möjligen är ett annat än syfilis. Fallet är följande:

J. E. E. 34-årig maskinarbetare. Int. $^{18}/_{8}$ 93, utskr. $^{2}/_{12}$ 93 fbd.

Anamnes: Patienten har ständigt haft god helsa tills för ungefär 2 månader sedan. Han har ej missbrukat alkohol och har aldrig varit veneriskt smittad. Hustru och barn äro friska, inga missfall hafva förekommit. Pat. var för 10 år sedan utsatt för ett svårare slag å ryggen (fal-

lande fat), hvarefter han låg 1 vecka, men han har aldrig känt något men under de följande åren häraf. Under sistlidne vinter har pat. ofta arbetat ute under sträng köld och dervid ofta blifvit genomvåt. I Maj månad under rådande koppepidemi arbetade han tillsammans med en kamrat, i hvars bostad koppor förefunnos. Han fick då ett utslag, spridt å nacken, ryggen, underarmarne och benen i form af röda, upphöjda fläckar, som sedan liksom torkade, hvitnade och affjällade, delvis under ärrbildning, som qvarstått. Varbildning iakttog han icke. Han kände samtidigt hufvudvärk, *en* stark frossbrytning, men observerade ej värk i korsryggen eller feber. Han kände sig allmänt illamående, led af qväljningar, dålig matlust och förstoppning och fälde mycket hår. Han behöfde dock ej intaga sängen. Kort tid derefter utbröt den nuvarande sjukdomen tämligen plötsligt. Då han var ute och gick, kände han domning och myrkrypning i bägge benen, framför allt i fötterna, jämte ryckningar i det venstra benet, hvilket pat. hade svårt att riktigt få med sig. När han kommit hem, uppträdde ryckningar äfven i det högra benet. Under första tiden var pat. än bättre än sämre. Småningom blefvo parästesierna, ryckningarne och stelbentheten allt intensivare. Gången blef allt styfvare, ehuruväl den grofva kraften ej tycktes väsentligt minskad. Sensibiliteten förblef normal utom å ett område å benen, börjande framtill vid inguinalvecket och sträckande sig bakåt ett stycke bortom giutealvecket; här dels kändes lätt vidrörande otydligare än å andra kroppsdelar, dels besvärades pat. af en ständig känsla af kyla. Samtidigt upphörde all svettsekretion å detta område, medan den för öfrigt var synnerligen riklig å kroppen. Pat., som alltid haft lätt att urinera, började mycket snart besväras af höggradig svårighet att kasta sitt vatten och af förstoppning; han fick ofta häftiga trängningar till urinkastning, men, när han skulle låta urinen, kom den endast fram droppe efter droppe efter en längre stunds väntan. Erektioner uteblefvo äfvenledes alldeles.

Status præsens vid inkomsten. Pat. är blek, af normal, ej synnerligen stark kroppsbyggnad. Synliga slemhinnor normala, intet tecken till syfilis upptäckbart. Aptit och sömn äro goda. Urineringen mycket svår (se ofvan), likaså förstoppning, med flera dagars uppehåll mellan hvarje afföring. Temperaturen är normal, urinen fri från ägghvita och socker.

Pat. klagar endast öfver styfbentheten, känner för öfrigt inga smärtor, men väl en känsla af kyla i nedre extremiteterna, isht å det förut omnämda området. Patientens gång är höggradigt spastisk och osäkert vacklande, ehuru ej ataktisk; han för benen rakt framåt, utan att mer än helt obetydligt kunna böja knäna och utan att tåspetsarne släpa i golfvet. Benens motoriska kraft är mycket god, musklerna ej afmagrade. Den omnämda styfheten framträdde endast vid aktiva rörelser, vid passiva kunna lederna röras tämligen fritt, utan att häftiga muskelspasmer dervid uppstå. Ibland, isynnerhet mot qvällen, besväras pat. af häftiga muskelryckningar i än det ena än det andra benet; inga fibrillära ryckningar. Sensibiliteten är normal utom å benens utsida, der pat. ej, isynnerhet å underbenen, känner lätt vidrörande annat än helt obetydligt och mycket otydligare än å andra kroppsdelar. Ingen kuddkänsla. Patellarreflexerna äro höggradigt stegrade, dorsalklonus finnes, ehuru svag, kremaster- och bukreflexerna äro snarare försvagade.

Ingen tryckömhet eller difformitet af ryggraden, ingen gördelkänsla, bålens motilitet och sensibilitet fullt normal. Öfre extremiteterna i alla hänseenden fullt normala. Från inre organ intet att anmärka.

$^{23}/_{8}$. Öppning hvarje dag, om också något trög, urinering går något bättre än förut. Ryckningarne i benen minskade. För öfrigt tillståndet oförändradt.

Under *Sept. månad* har tillståndet, hvad motiliteten beträffar, i det närmaste varit oförändradt, ena dagen tycker sig pat. hafva kunnat gå bättre, andra dagen åter sämre. Sensibiliteten har deremot förbättrats, i det densamma blifvit normal å låren och öfre hälften af underbenen, men fortfarande är något nedsatt å underbenens nedre hälft; å det förra området har äfven svettsekretionen ökats något.

Status $^{3}/_{10}$: Pat. fortfarande blek. I allmänna tillståndet ingen väsentlig förändring sedan inkomsten. Subjektiva symptom oförändrade. Gången oförändrad, spastisk ej tydligt paretisk. Starka ryckningar inträda isynnerhet mot aftonen, när han skall somna, i ettdera af benen, än i hela benet än endast i tårna, i hvilka ryckningarne alltid börja. Mekaniska muskelretbarheten ej förhöjd. Benens grofva kraft oförminskad. Den passiva och äfven aktiva rörligheten ganska god i alla leder, inga spasmer vid böjning eller sträckning af lederna, dock möjligen antydan till rigiditet i högra benets m. quadriceps. Venstra benet tyc-

kes vara något atrofiskt, dock endast obetydligt. Sensibiliteten normal öfverallt å benen, utom å fötterna och baktill å underbenen för lätt vidrörande; för nålstygn och temperatur öfverallt normal. Under högra foten kuddkänsla. Starka plantarreflexer, svaga kremaster- och bukreflexer; tydliga periostreflexer från tibia, starka patellarreflexer och utpräglad patellar- och dorsalklonus, isynnerhet å det högra benet. Urineringen är förbättrad, påkommer numera c:a 5 ggr dagligen och ett par gånger om natten. Pat. känner trängningen mycket kraftig och måste skynda sig, dock dröjer det vanligen en stund, innan urinen kommer i full stråle. Urineringen går lättare i sittande än stående ställning. Erektioner har pat. numera ganska ofta, i regel om morgonen vid uppvaknandet. Öppningen alltid af fast konsistens, någon gång med ett par dagars mellanrum, i regel en gång dagligen, ofta svår att hålla tillbaka, när behofvet ger sig tillkänna. Ingen nystagmus, intentionstremor eller skanderande tal.

$^{7}/_{10}$. Isande känsla och "dof" känselperception på klinkorna samt å ett smalt område å baksidan af benen och fötterna. Dorsalklonus mindre utpräglad, qvarstår tydligt endast i höger ben. Gången är bättre, pat. reder sig utan käpp. Obetydlig kuddkänsla under höger fot. Noggrannare sensibilitetsundersökning visar, att smärtsinnet öfverallt är normalt, vidröringssinnet å det förut omnämda området obetydligt nedsatt; mest visar sig temperatursinnet förändradt å fötterna, benens baksida och glutealregionen. I allmänhet är temperatursinnet osäkert, men å detta område uppger han kallt än riktigt än åter som om "det brände"; ljumt anges oftast rätt, varmt vatten kännes regelbundet såsom kallt. Från ögonbottnen intet att anmärka.

$^{20}/_{10}$. Pat. känner sig betydligt bättre. Den objektiva undersökningen visar, att samtliga symptom minskats med undantag af den svåra defäkationen, som nu åter är mycket trög med ända till 9 dygns mellantid. De spastiska symptomen äro obetydliga, dorsalklonus nästan borta, patellarklonus är minskad, patellarreflexerna dock fortfarande stegrade. Sensibiliteten är förbättrad, svettsekretionen å benen ökad.

Behandlingen har utgjorts af 2—3 gm jodkali de die — ljumma bad — 10 inunktioner af 4 grm Ung. hydrarg. fort. — inpackning af nedre extremiteterna med efterföljande kalla öfvergjutningar.

Någon tydlig inverkan af denna behandling, särskildt qvicksilfverbehandlingen, kunde ej med säkerhet spåras. Sista tiden var patientens tillstånd sådant det omnämdes i sista daganteckningen.

I December återsågs pat. Tillståndet hade då försämrats, hans gång var mera spastisk igen, reflexerna höggradigt stegrade, dorsal- och patellarklonus utpräglade. Sensibilitetsrubbningarne voro mera uttalade å båda benen öfverallt, en lindrig nedsättning af smärtsinnet hade tillstött, i det lindrigt stick med knappnålspets endast kändes såsom vidrörande, djupare åter tydligt såsom smärta. Urinering och defäkation voro ånyo förenade med något större svårigheter än förut. I öfrigt symptomen oförändrade.

Sammanfatta vi det anförda, finna vi, huru hos en patient, som sannolikt haft varioloider, kort tid derefter uppstått följande symptom, som sedan visserligen förbättrats, men ej försvunnit, och som visat ej obetydliga variationer: Höggradig spastisk gång utan pares och utan någon väsentlig muskelrigiditet eller stegrad mekanisk muskelretbarhet, höggradiga rubbningar från blåsan och rectum, obetydliga och ej obetydligt varierande sensibilitetsrubbningar af vidrörings- och temperatursinnet, medan öfriga sinnen förblefvo normala, höggradigt stegrade patellarreflexer, patellar- och dorsalklonus, periostreflexer, starka plantar-, men nedsatta kremaster- och bukreflexer. Allt detta utan muskelatrofi, utan intentionstremor, nystagmus eller skanderande tal, utan förändring af ögonbottnen eller psyken.

Hvilken process föreligger här? Utan vidare torde man kunna utesluta sådana i hjernan och det perifera nervsystemet. Lesionen måste sökas i ryggmärgen eller dess hinnor, sannolikt i de förra, då frånvaron af alla svårare retningssymptom göra en meningit mycket osannolik. Lesionen måste omfatta framförallt sidosträngarne och äfven, om också obetydligt, intressera baksträngarne. Af processer, som dervid kunna komma i fråga, torde egentligen endast den multipla cerebralsklerosen, syringomyelien och den spastiska spinalparalysen, men framförallt den vanliga transversela myeliten förtjena omnämnas. Af dessa torde dock den

multipla sklerosen utan vidare kunna uteslutas, intet af de för denna karakteristiska symptomen finnas i fallet. Äfvenså en syringomyeli, på hvilken man möjligen kunde tänka på grund af sensibilitetsrubbningens beskaffenhet; olikheten är dock för stor, sensibilitetsrubbningen är ej sådan, man vanligen finner den vara vid denna sjukdom, man saknar muskelatrofierna och de trofiska rubbningarne. En ren spastisk spinalparalys brukar ej följas af svårare blås- och rectalrubbningar, såsom fallet var hos pat. Deremot torde en kronisk myelit vara mera sannolik, men äfven från den vanliga bilden af en sådan afviker sjukdomsbilden ej oväsentligt genom frånvaro af atrofiska muskelförändringar, genom den höggradiga spastiska gången utan väsentlig pares och utan åtföljande muskelrigiditet, genom den obetydliga sensibilitetsrubbningen. Deremot är likheten mellan ofvannämda bild och den af Erb skildrade symptomkomplexen, höggradig spastisk gång med höggradigt stegrade patellarreflexer, obetydliga sensibilitetsrubbningar och obetydlig muskelrigiditet jämte tidiga och höggradiga rubbningar från urrogenitalsferen mycket utpräglad.

Denna likhet gäller ej blott hufvudsymptomen, äfven i fråga om detaljerna är densamma öfverraskande stor i de flesta hänseenden. En jämförelse i detta hänseende torde ej sakna sitt intresse.

Initialstadiet vid den syfilitiska spastiska spinalparalysen är utan bestämd början. Småningom och smygande, ibland föregångna af cerebrala symptom, utvecklas långsamt en svaghet och styfhet i nedre extremiteterna, ofta under samtidiga parästesier i form af myrkrypningar i benen, ej sällan ock af gördelkänsla, brännande känslor, i undantagsfall af hyperästesi, men sällan af smärtor. Ofta angripes först ett ben, senare det andra. Samtidigt härmed uppträda rubbningar från blåsan i form af svårighet att kasta urin, medan incontinentia urinæ sällan förekommer; ofta är äfven defäkationen rubbad, ehuru ingalunda så konstant som urineringen. Ej sällan minskas den sexuela potensen. I

mitt fall finna vi alla dessa symptom, en spastisk pares, som endast långsamt ökades, uppträdande först i ett ben, först senare äfven i det andra, vidare parästesier i båda benen och höggradig svårighet vid urineringen, beroende på en pares af detrusoru, och defäkation. Anmärkningsvärdt är endast, att symptomen i mitt fall tyckas hafva börjat tämligen häftigt, i det pat. uppger, att parästesierna och svagheten af benen börjat plötsligt, under det han gick ute, utan föregående illamående, samt att han samtidigt försporde ryckningar, ett symptom, som vid den spastiska syfilitiska spinalparalysen i allmänhet ej uppträdt förr än senare och ej är konstant. Gördelkänslan saknades i mitt fall, men är ingalunda konstant vid den typiska formen.

Sedan emellertid symptomen uppträdt plötsligt, är utvecklingen sådan, den brukar vara vid den syfilitiska spinalparalysen. Långsamt, men ej progressift, i det pat. känt sig än bättre än sämre, såsom fallet äfven brukar vara vid den syfilitiska spinalparalysen, utbildas derefter symptombilden och liknar den syfilitiska paralysen i nästan alla hänseenden.

I utbildade fall af Erbs paralys finnes en spastisk pares af nedre extremiteterna; mest framträdande är den spastiska gången, medan paresen i allmänhet och som regel är obetydlig, ej sällan nästan saknas; fullständig paralys hör till undantagen och är endast öfvergående. I skärande motsats till den höggradigt spastiska gången står den obetydliga muskelrigiditeten, som endast brukar framträda i de sista stadierna. Samtidigt äro senreflexerna höggradigt stegrade, dorsalklonus finnes oftast, ej sällan patellarklonus. Hudreflexerna variera och förhålla sig ej konstant. Ej sällan är ena extremiteten mera angripen än den andra. Någon gång förekomma ryckningar i benen.

Jämföra vi härmed bilden i mitt fall, är den i alla hänseenden lika. Äfven här finna vi höggradig spastisk gång med så godt som ingen pares, osäkerheten vid gången tyder dock möjligen på en sådan, ehuru det passiva mot-

ståndet ej tillät antagandet af någon väsentlig nedsättning af den motoriska kraften. Samtidigt saknas så godt som all muskelrigiditet, antydan till en sådan finnes dock i höger musc. quadriceps, patellarreflexer och patellarklonus äro mycket utbildade, dorsalklonus finnes, starkast och konstantast å höger ben. Af hudreflexerna äro de plantara lifliga, kremaster- och bukreflexerna snarare försvagade.

För den syfilitiska spinalparalysen äro sensibilitetsrubbningarnes obetydliga beskaffenhet karakteristiskt. De saknas sällan fullständigt, men äro ofta af endast subjektiv art, medan objektiva saknas. Finnas sådana, uppträda de ej sällan endast å ett ben eller å begränsade områden, och sällan träffar rubbningen alla de olika sinnena, utan än vidrörings-, än smärt-, än uteslutande temperatursinnet. Smärtor saknas såsom regel, men kunna någon gång uppträda i form af gördelkänsla, lancinerande smärtor i benen eller i ryggen, någon gång finnes utpräglad hyperästesi. Jämföra vi härmed sensibilitetens förhållande i mitt fall, så finna vi här förhållandet vara detsamma. Smärtor saknas, sensibilitetsrubbningen är obetydlig, bestående i en lindrig nedsättning af vidröringssinnet och en oförmåga att uppfatta värme annat än såsom köld, och detta ej å hela nedre extremiteten utan å begränsade delar deraf, särskildt underbenen och höfttrakten.

Öfre extremiteterna äro fria, liksom fallet var i mitt fall.

Äfven i förloppet är öfverensstämmelsen slående. Vid den syfiliska spinalparalysen observeras höggradiga remissioner under det för öfrigt kroniska förloppet, och så har äfven fallet varit här. I början tyckte pat. sig än må bättre än sämre, under sjukhusvistelsen var förhållandet detsamma, än var den spastiska gången mindre än mera utpräglad, sensibilitetsrubbningarne varierade äfven ej obetydligt i intensitet och beskaffenhet; då pat. utskrefs, var tillståndet betydligt förbättradt, sedan har det ånyo försämrats ej obetydligt, oaktadt pat. fortsatt samma behandling hemma som å sjukhuset, möjligen till en del beroende derpå,

att han utsatt sina ben för större ansträngningar genom att gå omkring, än hvad fallet var å sjukhuset.

Det anförda torde vara tillfyllest att visa, att sjukdomsbilden i mitt fall är identisk med den, den syfilitiska spinalparalysen erbjuder. Enda skillnaden är processens början, som i mitt fall tyckes hafva skett tämligen plötsligt, vid den syfilitiska spinalparalysen åter sker mera långsamt och smygande. Denna skillnad torde dock ej vara tillräckligt väsentlig att berättiga antagandet af olika sjukdomsprocesser; möjligen torde detta förhållande kunna sättas i samband med det ätiologiska momentet.

Såsom jag nämt, anser nämligen Erb den af honom skildrade symptomkomplexen vara karakteristisk för en syfilitisk myelit. Det låg derför nära till hands att äfven för mitt fall antaga en sådan möjlighet. Pat. förnekade visserligen all smitta, men patienternas uppgifter i detta hänseende äro ju ofta ej tillförlitliga. Men å andra sidan torde man ej ega rätt, att, då intet moment talar för en syfilitisk infektion, mot patientens uttryckliga bestridande antaga en sådan. Pat. visade trots den noggrannaste undersökning ingen förändring, som kunde tydas såsom följd af en syfilitisk infektion, hans hustru hade aldrig haft missfall, och hans barn voro fullt friska. En inunktionskur hade dessutom ej något afgjordt gynnsamt inflytande på processen, ett moment, som dock ej betyder så mycket, då prognosen för den syfilitiska spinalparalysen ingalunda är god. Men samstäldt med öfriga moment, torde det dock ega sin betydelse. Rättighet att antaga en syfilitisk infektion torde man under sådana förhållanden endast ega, om intet annat ätiologiskt moment kan upptäckas i ett fall. Men sådant synes mig finnas i mitt fall, nämligen dels det svåra traumat å ryggen dels de kort tid förut genomgångna varioloiderna. Traumat torde i fallet dock ej kunna tillmätas någon väsentlig betydelse, då 10 år förflutit mellan detsamma och processens uppträdande, utan att under mellantiden pat. företett minsta symptom, tydande på en rygg-

märgslesion. Deremot synes mig ett sammanhag mellan varioloiderna och ryggmärgsaffektionen ej vara osannolikt. Liksom syfilis är variolois en infektionssjukdom, den ena visserligen kronisk, den andra akut, dock synes det mig icke vara så alldeles osannolikt, att under vissa okända betingelser en liknande symptombild kan framkallas af olika infektionssjukdomar.

Möjligt är ju, att under dess vidare utveckling sjukdomen mera kommer att antaga karakteren af en vanlig transversel myclit; patientens ej obetydliga försämring särskildt hvad beträffar sensibilitetsrubbningarnes beskaffenhet, hvilka ökats både i fråga om det angripna områdets storlek och i intensitet, kan tala härför. Men, äfven om så skulle vara förhållandet, visar dock fallet, att en med den för en form af syfilitisk myelit såsom karakteristisk beskrifna symptomkomplexen fullt identisk symptombild kan uppstå såsom följd af annan infektion. Säkerligen torde dock detta endast ske i undantagsfall; det skulle vara förvånande, om en så anmärkningsvärd kombination af symptom, som finnas i dessa fall, ej skulle oftare observerats hos icke syfilitiska individer, om ej syfilis hade den stora betydelsen såsom ätiologiskt moment för densamma, som Erb velat tillägga den. Och man torde nog tillsvidare göra rättast i att misstänka syfilis, der man står inför en sådan kombination, samt behandla den derefter, då en sådan behandling är den enda, som i dylika kan ge utsigt att förbättra patienten.

Ett fall af tetani.

Af

H. Köster.

I vårt land torde tetani endast sällan vara observerad. Så vidt jag känner, är det af Dr Warfvinge för kort tid sedan offentliggjorda fallet (Hygiea 1893) det första hittills närmare beskrifna, och, då sjukdomen erbjuder så karakteristiska symptom, att dess igenkännande ej möter några egentliga svårigheter, torde dess sparsamma omnämnande i svensk litteratur bero på dess sällsynta uppträdande. Jag har derför ansett ett af mig här observeradt fall vara väl förtjent att offentliggöras, så mycket mer, som det i flera hänseenden är af stort intresse.

Först dock några ord om tetanien. En monografisk bearbetning af den kända litteraturen har för en tid sedan lemnats af v. Frankl-Hochwardt (Die Tetanie, Berlin 1891), och kan jag för den, som närmare intresserar sig för nämda sjukdom, hänvisa till nämda arbete, i hvilket allt, hvad man hittills känner, torde vara tämligen fullständigt sammanfördt. Det är äfven hufvudsakligast med ledning af detta arbete, jag tillåter mig anföra följande om i fråga varande sjukdom.

Den är ej en sjukdom från i går. Redan i Hippocrates arbeten finnas fall omnämda, som påminna om sjukdomsbilden, och från 1600- och 1700-talet finnas liknande fall anförda. Det är dock först från 1830 sjukdomen börjar studeras noggrannare, och sitt namn, Tetani, fick den af Corvisart 1844. Sedan dess har antalet observerade fall ökats och torde väl nu uppgå till flera hundra.

I korthet sammanfattadt karakteriseras sjukdomen af toniska, bilaterala, intermitterande, vanligen smärtsamma

krampanfall i bestämda muskelgrupper utan rubbning af medvetandet. Sjukdomen uppträder talrikast under årets 4 första månader, isynnerhet under Mars, oftast epidemiskt, ännu oftare endemiskt; särskildt i Wien tyckes sjukdomen förekomma ofta, medan den å andra ställen knappast någonsin observerats.

Öfvervägande angripas män och bland dessa åter så godt som uteslutande sådana ur de arbetande klasserna, medan den sällan observerats bland de förmögnare samhällsklasserna. Bland arbetarne åter äro vissa klasser särskildt utsatta, särskildt skomakare och skräddare; bland 314 tetanisjuka män, som Frankl-Hochwardt samlat, funnos icke mindre än 141 skomakare och 72 skräddare. Alla åldrar angripas, mest dock personer mellan 16—25 år, hvilka hos män utgöra 88 % af alla fallen; hos qvinnor är predilektionsåldern 15—35 år.

Såsom nämts uppträder sjukdomen ofta primärt epidemiskt och angriper då ofta förut fullt friska individer, men endast i undantagsfall barn. I andra fall uppträder den såsom komplikation vid andra sjukdomar. Hos barn vid digestionslidanden, såsom diarré, dyspepsi, mask, förstoppning, hos äldre vid dylika lidanden och vid perityflit, peritonit, magdilatation. Särskildt vid sistnämda lidande är åkomman af allvarlig natur och slutar ofta dödligt. Vidare har den observerats hos fullvuxna vid infektionssjukdomar, såsom kolera, tyfoid, mässling, skarlakansfeber, akut ledgångsreumatism, malaria, angina och influenza, vidare vid intoxikationer med ergotin, alkohol och kloroform, samt slutligen vid nefriter och hos gravida och digifvande qvinnor.

I ätiologiskt hänseende är ännu intet med säkerhet kändt. Endast en säker orsak är bekant, nämligen exstirpation af glandula thyreoidea. Detta faktum, sjukdomens förekomst vid intoxikationer och vid infektionssjukdomar, talar för ett toxiskt infektiöst agens. Enligt Frankl-Hochwardt tala för en dylik uppfattning följande: 1) dess epidemiskt-endemiska uppträdande, 2) de initiala febrila

symptomen och uppträdandet af subnormala temperaturer, 3) sjukdomens uppträdande efter utbildandet af infektionssjukdomar, 4) uppträdandet af hallucinatorisk förvirring, liksom fallet är vid andra infektionssjukdomar, 5) samtidigt uppträdande af sjukdomen i flera fall inom samma familj och i samma hus, slutligen 6) att vissa år talrika fall förekomma, andra åter helt få. Men giftets beskaffenhet är alldeles obekant. Framkallande orsaker äro kyla, kroppslig öfveransträngning etc.

Det mest framträdande symptomet är, såsom förut nämts, tonisk, multipel, bilateral kramp af smärtsam art i vissa muskelgrupper. Vanligen angripas först händerna, senare benen, nästan alltid är det fråga om böjkramp, hvarvid handen antar samma ställning som vid skrifning eller som den får vid införande i vagina. Denna ställning är visserligen den vanligaste, men ingalunda konstant; någon gång knytes hela handen, ibland skiljas fingrarne isär, ibland få fingrarne en mera atetotisk rörelse. Vanligen är handleden böjd, mera sällan förekommer kramp af sträckmusklerna. Äfven å benen äro krampanfallen öfvervägande i tårnas börjare, medan i knäleden extension genom kontraktion af m. quadriceps är vanlig, böjning åter så godt som aldrig förekommer. I ansigtet angripas tuggmusklerna, å bålen och halsen de främre musklerna, mera sällan baksidans muskler; äfven diafragma kan angripas, likaså tungan, farynx och larynx, ögonmusklerna och blåsans muskulatur.

Som regel har kontraktionen tonisk karakter, och pat. förmå vanligen hvarken sträcka eller böja handen vidare, sedan krampen inträdt, undantagandes i de fall, i hvilka krampen är obetydlig, men ibland, mest dock hos barn, uppträda derjämte kloniska ryckningar, än allmänna hos barn än mera lokaliserade hos fullvuxna, der de dock alltid äro sällsynta å extremiteterna. Ofta finnas dessutom stark tremor och fibrillära ryckningar. Någon gång observerar man s. k. intentionskramp, det symptom, som är det mest framträdande symptomet vid Tomsenska sjukdomen, och som

består deri, att pat. ej vid utförandet af en rörelse kunna villkorligt efter behag slappa sina muskler, utan dessa ofta en stund stå i kontraktionsställning. Vanligen uppträda kontrakturerna i symmetriska muskler, ehuru detta ingalunda är konstant; än är en sida mera angripen än en annan, än endast en sida; isolerade kontrakturer af ett ben, af diafragma, af larynx hafva observerats i enstaka fall.

Krampen är vanligen förenad med smärta, den är ofta förbunden med höggradig muskelsvaghet; intervallerna mellan de olika anfallen variera högst betydligt.

Utom krampanfallen uppgifvas såsom karakteristiska symptom Trousseaus fenomen, Erbs symptom, Chvosteks symptom och Hoffmans symptom.

Trousseaus symptom, sådant det angafs af nämde författare, består deri, att tryck å nervstammarne framkalla samma toniska kramp, som eljest spontant uppträder. Vidsträcktare erfarenhet har dock visat, att samma kramp kan framkallas äfven genom tryck å andra ställen. För krampens framkallande fordras i allmänhet, att kompressionen fortsättes en stund, i somliga fall ända till 4—5 minuter i sträck.

Erbs symptom består i en höggradigt stegrad galvanisk retbarhet af nerverna, till följd af hvilken ryckningarne framträda vid mycket lägre strömstyrka, än normalt är förhållandet. Den faradiska retbarheten tyckes deremot icke vara väsentligt förändrad.

Hoffmans symptom består i en ökad retbarhet af de sensibla nerverna gent emot elektrisk och äfven mekanisk retning.

Chvosteks symptom slutligen består i en höggradigt stegrad, mekanisk retbarhet af nerverna. Särskildt i facialisgebitet framträder nämda öfverretbarhet ofta tydligt. Vid slag eller till oeh med endast lätt strykning öfver n. facialis erhålles en tydlig kontraktion af de innerverade musklerna.

För öfrigt är symptombilden varierande. Sensoriet är vanligen fritt, någon gång uppträda dock psykiska symptom;

ofta finnes hufvudvärk och svindel. Af sinnesorganerna visa ögonen, utom de först omnämda krampanfallen i de yttre ögonmusklerna, mydriasis, myosis, trög eller upphäfd pupillreaktion, olikstora pupiller, i enstaka fall neuroretinit; lukt och smak äro vanligen oförändrade, någon gång anmärkes öronsusning, ehuru hörseln vanligen är oförändrad.

Hvad sensibiliteten beträffar finnas ofta parästesier, smärtor, ofta långt innan krampanfallen uppträdt, mera sällan anästesier.

Reflexerna äro vanligen bibehållna, men variera i intensitet.

Vasomotoriska och trofiska rubbningar observeras ofta i form af stark svettning, ödemer, ansvällning af ledgångarne, herpes zoster, utfall af hår och naglar, bronsfärgning af huden, muskelatrofi.

Bland allmänna symptom omnämnas ibland feber, dyspne såsom följd af kramp i respirationsmusklerna, påskyndad puls, polyuri. Ofta kombineras symptomen med epileptiska anfall.

I fråga om betydelsen af nu nämda symptom äro krampanfallen i deras typiska form, Trousseaus fenomen, som finnes i bortåt 70 % af alla fallen, och Erbs fenomen patognomoniska, och förekomsten af ett af dem är vanligen tillräckligt att ställa diagnosen. Det finnes nämligen fall, i hvilka krampanfallen saknas och dock tetanidiagnosen är berättigad. Chvosteks symptom är deremot äfven observeradt vid hypnos, vid facialisparalyser och vid pellagra och i fråga om Hoffmans symptom är ännu för litet kändt för att tillägga detsamma någon afgörande betydelse. Prognosen är i allmänhet god quoad vitam med undantag för de former, som uppträda vid magdilatation, hvilka ofta sluta dödligt. Quoad curationem äro deremot utsigterna ej sällan mindre goda, sjukdomen kan blifva kronisk. Särskildt svåra i fråga om antalet angripna muskler, smärtornas intensitet och duration äro de fall, som uppträda under graviditeten, ehuru de vanligen upphöra efter partus. Äf-

ven vid laktation äro anfallen svåra, men vanligen hastigt öfvergående. Äfven fallen hos barn äro vanligen häftiga och kompliceras ofta af laryngospasmer och konvulsioner, och prognosen här är tvifvelaktig. De toxiska formerna och de vid infektionssjukdomar uppträdande äro oftast godartade.

I patol. anatomiskt hänseende är ännu intet med säkerhet bekant; dels har man funnit hyperämi och blödningar utanför och innanför meningerna, oftast mycket obetydliga, dels uppmjukning af själfva ryggmärgssubstansen. Det är derför omöjligt att afgöra, hvilken förändring af nervsystemet är anledning till nämda lidande.

Efter denna öfversigt öfvergår jag till mitt fall:

F. O. J., 21-årig bagare. Int. $^{19}/_{10}$ 93, död $^{24}/_{10}$ 93. (Journal kand. Freidenfelt).

Anamnes: Fadern är frisk, ehuru han på senare åren hostat mycket. Modern är likaledes frisk, men har i flera år besvärats af hastigt öfvergående krampdragningar i armar och ben, som särskildt uppträdt, när hon blifvit våt eller kall, men dock ej hindrat henne från att sköta sitt arbete. En syster till patienten får äfvenledes stundom lätta kramprycknigar af extremiteterna. Själf har pat. alltid varit klen, haft tungt bröst och under arbete lätt fått hjertklappning samt blifvit andfådd. Han har lätt blifvit förkyld och har hostat om vintrarne, men aldrig hostat upp blod. Efter förtärande af föda har han ofta fått uppstötningar af surt vatten. Matlusten och afföringen hafva varit normala Han har ej lidit af skrofler, ej, hvad han kan minnas, af difteri, koppor eller andra akuta sjukdomar, ej af reumatism. Han har alltid fört ett nyktert och ordentligt lefnadssätt,

Sedan slutet af sistlidne vinter har han besvärats af lättare kramprycknigar i armar och ben. De särskilda krampanfallen varade endast en kort stund (c:a 1 minut) och kunde fortfara under hela dygnet. Under arbetet och då han var i rörelse, särskildt om han dervid kunde hålla sig varm, kände han mindre till dem, medan åter deras intensitet tilltog vid hvila och i kyla. Med mellantider af dagar fortforo kramprycknigarne hela tiden, men på sommaren, då det var varmt, kände han i allmänhet ej af några

ryckningar, undantagandes en och annan gång. Kramp-ryckningarne uppträdde såväl i böj- som sträckmuskulaturen, företrädesvis dock i den förra, utan att vara lokaliserade till någon bestämd muskelgrupp eller hafva träffat symmetriska muskelgrupper å motsvarande extremiteter. Än har t. ex. ena armen blifvit sträckt under samtidiga ryckningar och dragningar, kort derefter har benet å andra sidau böjts i knäleden. Pat. har alltid vid dessa anfall varit i stånd att genom antagonistiska rörelser förhindra böj- och sträck-tendensen. Någon egentlig smärta vållade krampanfallen honom ej, och kunde han ordentligt sköta sitt arbete. Tog han hårdt tag i något, kunde det hända, att handen en kort stund stannade i krampaktig böjställning.

För 14 dagar sedan började han blifva sämre och hängsjuk. Han blef hes och fick hosta, upphostningen var obetydlig, intet håll i bröstet. Vid sväljning erfor han smärta i halsen. Matlusten försvann, han fick stundom efter måltiderna qväljningar och kräkningar. Inga frysningar, ej hufvudvärk. Afföringen hård och sparsam. Inga ländsmärtor, ingen svullnad af lederna. Någon förändring af urinens mängd och utseende har han ej iakttagit. På sista tiden har hans förmåga att se i skymningen aftagit, och han såg då lätt stjernor och ringar för ögonen. För 8 dagar sedan måste han intaga sängen. Hostan var fortfarande envis och förenad med sveda i bröstet. De i början sparsamma kräkningarne blefvo allt våldsammare och uppträdde ej blott efter förtärandet af föda, utan äfven under mellantiderna, vanligen utan qväljningskänsla. Sista dagarne blefvo smalbenen något ömma, krampanfallen smärtsamma, isynnerhet i bukmusklerna. Ingen svullnad observerades någonsin. Uppger sig hafva magrat betydligt de sista 14 dagarne.

Status præsens: Patienten är spensligt bygd, hullet är dåligt. Huden är gulblek, torr. Intet ödem eller utslag. Lederna ej ansvälda eller rodnade. Läppar och tunga bleka och torra. Temperaturen har varierat mellan 36,4—37,2°. Patienten ser mycket sjuk ut. Han ligger slapp i sängen med bakåtböjdt hufvud, andningen är ansträngd och höres å långt håll, näsborrarne vidgas vid hvarje andetag. Pat. är mycket apatisk, och kostar det honom tydlig möda att redogöra för sin sjukhistoria. Minne och reflexions, förmåga normala. Frågor, som man ställer till honom-måste vanligen upprepas flera gånger (pat. är dock något

döf). Det ringer och brusar våldsamt för hans öron, så att han har svårighet att uppfatta, hvad som säges. Talet är redigt och obehindradt, rösten något gäll och entonig. Sväljningen sker endast med svårighet, men är ej förenad med någon smärta. Intensiv torrhet i mun och svalg.

Gent emot sin sjukdom tyckes pat. vara mycket likgiltig och förefaller ej heller ega någon intensivare sjukdomskänsla eller hafva svårare plågor; han känner sig dock särdeles matt. Endast vid svårare krampanfall ger han understundom uttryck af smärta, isynnerhet då krampanfallen träffa bukmuskulaturen, då han jämrar sig intensift. Han kräks oupphörligt upp en grön, simmig vätska, hvarvid han i regeln ej känner några föregående qväljningar. Hostan är tämligen lindrig, upphostningen obetydlig. Sedan inkomsten retentio urinæ, hvarför han måste tappas.

Pat. klagar ej öfver hufvudvärk, men besväras af en ständig svindelkänsla, starkast, då han sätter sig upp.

Hufvudet är välbildadt. Ingen tryckömhet hvarken der eller å kotpelaren. Ögonlocken fullt rörliga, i regeln dock slappt nedhängande. Blicken obestämd och utan bestämd fixation. Af och till inträder höggradig strabismus divergens å båda ögonen, och pat. uppger sig då se dubbelt, men vid fixation försvinner skelandet. Ögonbulberna äro fritt rörliga, pupillerna i regeln höggradigt kontraherade; de reagera dock för ljus- och ackommodation och äro af samma storlek.

De ofvan nämda krampattackerna hafva under sjukhusvistelsen påkommit dagligen. Med mellantider af på sin höjd 1 timme vara de under hela dygnet och äro intensivast och tätast mot aftonen. De tyckas med förkärlek uppstå vid lägeförändring eller afkylning af någon kroppsdel och kunna äfven framkallas med konst. Vid tryck å lårets och armens insida å de stora nerverna, ofta först efter 1 minuts kompression, sällan genast, uppstår utpräglad kramp af fotens flexorer och handens böjare. Dervid är krampen så stark, att den endast med ganska stor svårighet kan öfvervinnas, och försöken härvid framkalla smärta. Annars äro de särskilda krampanfallen i allmänhet ytterst kortvariga, från ett par sekunder till en half minut, äro än kloniska än mera toniskt-kloniska och ej öfverdrifvet intensiva. I de flesta fall kan patienten motarbeta den börjande krampen och alltid själf föra tillbaka en krampaktigt sammandragen extremitet. Krampen uppträder ej i bestämda muskler eller

grupper af muskler, ej heller i symmetriska delar af motsvarande extremiteter. Såsom exempel på under en kort stund iakttagna krampanfall må följande anföras.

1) Tonisk kontraktur af höger rectus abdominis, som varade ungefär 15 sekunder.

2) Högra pekfingret extenderades; samtidigt slötos högra ögonlocken och företedde små blixtsnabba, rytmiska ryckningar.

3) Kloniska hastiga ryckningar af alla böjmusklerna å högra underbenet.

4) Böjning af venster handled, hvarvid fingrarne rytmiskt ryckte och senorna vid handlofven spelade under huden.

5) Kloniska ryckningar i venstra lårets alla muskler.

6) Kloniska ryckningar i tibialis anticus och extensor hallucis å högra underbenet.

Pat. känner dessutom krampdragningar i bålens, halsens och isynnerhet nackens muskulatur. Kramar han hårdt i något föremål, stannar handen ofta en stund så och kan trots patientens försök ej sträckas ut igen.

Aktiva rörligheten är fullkomligt obehindrad utom i ofvannämda fall, inga tecken till muskelsvaghet. Vid passiva rörelser kännes ofta ett lindrigt, snart öfvergående motstånd. Då han från ryggläge vrider sig på sidan och öfver sängkanten, sker detta med en klumpig, ej noga afvägd kaströrelse af hela kroppen, och, då han griper efter dryckesbägaren, sker detta famlande och osäkert (dålig syn?). Ber man honom taga någon i handen, sker detta dock i allmänhet utan darrning; intet tecken till ataxi. Muskulaturen är väl utvecklad, dock ej hypertrofisk, fast, motoriska kraften god; vid tryck, isynnerhet å lårets muskulatur, markerar patienten höggradig ömhet. Mekaniska retbarheten är höggradigt ökad. Vid lätta slag med hammaren på musklerna får man snabba, kraftiga, hastigt öfvergående kontraktioner, vanligen inskränkta till den retade muskeln, men till denna i sin helhet. Vid hårdare slag uppstår å perkussionsstället en tvärgående muskelvalk, som långsamt går tillbaka.

Vid elektrisk undersökning, som dock endast ofullständigt kunde utföras, befanns den galvaniska retbarheten från nervstammarne vara höggradigt stegrad. Så erhöllos kraftiga ryckningar från n. accessorius vid 0,5 M. A. strömstyrka och från n. medianus vid likaledes 0,5 M. A.

Vid tryck å nerverna erhålles, såsom förut nämts, tonisk kontraktur af de perifera musklerna. Deremot kunde ej genom slag å n. facialis eller å nervstammarne någon kontraktur framkallas.

Parästesier tyckas ej finnas. Sensibiliteten för vidröring, smärta, temperaturintryck etc. fullt normal.

Patellarreflexer kunna ej framkallas, dock har pat. svårt att slappa musklerna i tillräcklig grad. Periost- och senreflexerna äro starka och snabba. Kremasterreflexen är knappt märkbar, bukreflexerna normala.

Respirationen är kosto-abdominal, djup och ansträngd, med kortare och längre pauser efter hvarje exspiration, utan bestämd Cheyne-Stokes typ. Lungorna normala, perkussionstonen full och klar, respirationsljudet vesikulärt, inga rassel.

Vid palpation af hjärttrakten kännes hjärtrörelsen å ett handsbredt område i 3:dje—5:te interkostalrummet från venstra sternalkanten till mammillen. Hjärtstöten kännes stark och lyftande i 5:te interstitiet straxt innanför mammillarlinien. Relativa hjärtdämpningen börjar vid 3:dje refbenet, den absoluta vid 4:de. Relativa dämpningen börjat åt höger straxt utanför högra sternalkanten och går 7,5 ctm. år venster till straxt innanför mammillarlinien. Hjärttonerna äro starka och rena, 2:dra aortatonen tydligt accentuerad. Pulsen är 100, kraftig, regelbunden, hård och spänd, men liten.

Urinmängden var den $^{20}/_{10}$ 1600 kbctm. med en albuminhalt af 0,40 %, $^{21}/_{10}$ 500 med 0,70 % albumin, derefter kunde den ej samlas, men albuminmängden höll sig fortfarande hög. Dess reaktion var sur. Sedimentet mycket sparsamt, finflockigt. Trots upprepade sedimenteringar med centrifugen visade det sig bestå nästan uteslutande af urater med enstaka leukocyter och röda blodkroppar; cylindrar kunde deremot ej upptäckas.

Daganteckningar: $^{23}/_{10}$. Pat. ligger i ett komatöst tillstånd. Puls 90, regelbunden, trådfin. Anuri.

$^{24}/_{10}$. Död kl. 11,35 f. m.

Sektion: Liket visar intet anmärkningsvärdt hvad ställning af extremiteterna m. m. beträffar. Vid kraniets öppnande befinnes kalotten vara af normalt utseende; dura sitter tämligen fast vid densamma. Durans insida är glatt och glänsande. Långa blodledaren och sinus transversi fylda af mörk, tunnflytande blod. Pacchioniska granula-

tioner i måttlig mängd. Pia mater är något injicierad, kanske något mera, än hvad vanligen är fallet; intet ödem under densamma. Gyri visa normal hvälfning; de äro bleka, ej makroskopiskt förändrade. Ventriklarne innehålla endast obetydlig mängd klar, serös vätska. Hinnorna å hjärnbasen till form och genomskinlighet normala. Hjärnsubstansen är blek, utan ökad blodprickighet, den gråa substansen skarpt skild från den hvita, af normalt utseende. I lillhjärnan, de centrala ganglierna och medulla oblongata intet att anmärka. Efter ryggmärgens uttagande intet anmärkningsvärdt i fråga om dess form och konsistens. Efter duras uppklippande anträffas under pia i öfre delen af cauda equina å framsidan ett tunnt, mörkt, fastsittande blodkoagulum af ungefär 2 ctms höjd, 1 ctms bredd, som ligger tätt under pia, mellan denna och de främst belägna nerverna utan att intränga mellan de särskilda nervfasciklarne. Likaså finnas omkring 3—5:te halsnervernas rötter å båda sidor fastsittande koagula af mörkfärgad blod innanför pian; dessa blödningar intaga endast sidoregionerna och äro på intet ställe i kommunikation med hvarandra, i det ryggmärgens fram- och baksida äro fria från alla liknande bildningar. Dessa koagula sitta jämförelsevis fast och kunna endast med ett visst våld aflägsnas. För öfrigt kunna ingenstädes liknande blödningar upptäckas. Själfva ryggmärgssubstansen är makroskopiskt utan anmärkning; dess teckning är normal, den gråa substansen tydligt skild från den hvita och af normal form och färg. I höger n. ischiadicus finnes, i trakten nedanför dess passage förbi tuber ischii, spridda punkt- till liniestora blödningar i dels nervskidan dels den omgifvande bindväfven; i nervskidan framträder dessutom en liflig injektion af kärlen. Denna förändring anträffas å ett ungefär 10 ctm. långt stycke, medan nerven derofvan- och dernedanför har ett fullt normalt utseende. N. medianus, n. ulnaris och radialis å armarne, andra benets n. ischiadicus visa intet anmärkningsvärdt. (Hjärna, ryggmärg, stycken af n. ischiadicus, ulnaris, medianus och radialis, jämte stycken af musc. gastrocnemius och rectus femoris med inträdande nerver tillvaratogos för härdning, men hafva ännu ej mikroskopiskt undersökts). Musklerna förefalla i allmänhet normalt utvecklade, men äro torra, egendomligt röda, påminnande om rökt skinka, ej sköra.

Hjärtsäcken är tom; högra kammaren liten, utgör endast liksom ett bihang till den förstorade venstra ventrikeln. Hjärtat mäter i bredd 10 ctm., i längd 10 ctm., v. kamma-

rens muskulatur 13 mm. Muskulaturen är fast, utan tecken till degeneration. Valvler och mynningar utan anmärkning. Aorta är mycket trång, mäter i omkrets endast 5 ctm. Lungsäckarne äro tomma. I venstra lungans nedre lob finnas spridda lobulära, något korniga, lufttomma härdar, för öfrigt är denna lunga utan anmärkning. I högra lungan är den mellersta loben lufttom; snittytan här gråaktig, vid tryck erhålles ett kornigt exsudat, lungväfnaden skör. Högra lungans öfre och nedre lober äro normala.

Mjälten mäter 10×7 ctm., är fast och af normalt utseende.

Lefvern mäter i bredd 24 ctm., högra loben framifrån bakåt 16, venstra 13 ctm. Snittytan är af normalt utseende. Gallblåsan som en liten fingertuta, fyld af seg, gulbrun galla.

Njurarne äro mycket små. Deras längd är 9 ctm., deras bredd 3,5 ctm., deras tjocklek 2 ctm. Kapseln kan ej skiljas från njursubstansen, utan att betydlig mängd sådan medföljer. Ytan derunder ojämt kullrig. Vid insnitt befinnes njursubstansen fläckvis mäta i tjocklek endast 2 mm., fläckvis 1 ctm., papillerna äro försvunna, ingen skillnad finnes mellan märg och bark. Snittytans färg diffust gulblek, konsistensen mycket fast. Njurbäckenet utan anmärkning.

Blåsan visar intet anmärkningsvärdt.

Venerna i mesenteriet till flexura sigmoidea äro starkt blodfylda, för öfrigt finnes från magen och tarmarne intet att anmärka. Slemhinnan i ventrikeln ngt grumlig, slembelagd.

Mesenterialkörtlarne af normalt utseende.

Pankreas normal.

I korthet sammanfattadt finna vi alltså, huru hos en patient, hvars moder och äfven syster tyckas hafva haft lätt för att få krampanfall, för ungefär $^1/_2$ år utan känd anledning smärtsamma kontrakturer uppstodo, som voro värst i kyla, bättre i värme. Dessa tilltogo småningom i intensitet, blefvo mera smärtsamma och uppträdde vid intagandet än här än der i kroppens muskulatur, utan att angripa symmetriska muskler. Angripna voro ögonmusklerna, armarnes, bålens, särskildt bukens, och benens muskler, hvarjämte pat. hade svårt att svälja och besvärades af retentio urinæ. Krampen var än tonisk, än mera tonisk-klonisk, men var i

allmänhet ej värre, än att pat. voluntärt kunde motarbeta och öfvervinna densamma. Musklerna voro ömma, ej atrofiska, ej paretiska. Dessutom anmärktes s. k. intentionskramp i armarne. Händernas ställning vid krampen var den af en knuten näfve. Derjämte funnos utpräglade Trousseaus fenomen och Erbs symptom, den mekaniska muskelretbarheten var höggradigt stegrad, men deremot saknades Chvosteks facialisfenomen. Sensibiliteten var normal, af reflexerna kunde patellarreflexerna ej framkallas, deremot voro periost- och senreflexerna starka. Sektionen visade en primär skrumpnjure, begränsade blödningar dels å framsidan af cauda equina dels kring nervrötterna af 3--5:te halsnerverna å båda sidorna samt blödningar och hyperämi i ischiadicusskidan å v. ben och omgifvande bindväf, medan för öfrigt nervstammarne, ryggmärgen och hjärnan voro makroskopiskt normala.

En jämförelse mellan nu anförda sjukhistoria och den vid tetani förekommande symptombilden visar otvifvelaktigt, att i fallet funnits en tetani, ehuru å andra sidan rätt väsentliga afvikelser från den vanliga bilden förefinnas.

Vi hafva här den toniska, intermitterande, ej sällan smärtsamma krampen af isolerade muskler eller muskelgrupper, vidare finnas Trousseaus och Erbs symptom, symptom, som alla tre ju anses patognomoniska för tetanien. Utom dess anmärkas intermitterande kramp i ögonmusklerna, retentio urinæ, höggradig öronsusning, normal psyke, stark svindel (ett symptom, som det dock torde vara fråga om, om det beror på tetanien eller på urämien) och symptomens första uppträdande under årets första månader. Granska vi emellertid krampen mera i detalj, finna vi ej oväsentliga afvikelser. Medan vid de vanliga formerna krampen uppträdt först i böjmusklerna å armarne och först senare i benen, tyckes den här hafva uppträdt samtidigt i alla extremiteterna och har här lokaliserats på ett tämligen afvikande sätt. Som regel äro så godt som uteslutande böj-

musklerna angripna, mera sällan sträckmusklerna, nästan aldrig inträder böjning af knäleden. I föreliggande fall åter äro sträckmusklerna angripna samtidigt med böjmusklerna, äfven om de senare äro det i högre grad, och böjning af knäleden har äfven förekommit; afvikande är äfven, att nackens muskler oftare sammandragas än halsens främre muskler, i ty att förhållandet vanligen brukar vara motsatt. I allmänhet kan krampen ej öfvervinnas annat än i lättare fall, pat. kunde åter som regel motarbeta den och, sedan den utbildats, äfven öfvervinna den voluntärt, utom då den framkallats genom tryck å nerverna, då den var så intensiv, att man endast med betydlig ansträngning kunde öfvervinna densamma, med anpat. samtidigt erfor liflig smärta. Knytnäfveställningen af handen var regel i fallet, medan åter skrifställning af fingrarne är den vanligast uppträdande.

Mest anmärkningsvärdt är dock kramprycknigens form. Den var ofta tonisk, isynnerhet tedde den sig så vid kompression af nerverna, men derjämte uppträdde ständiga mer eller mindre kloniska ryckningar. Dessa observerades dock endast i armarnes och benens muskulatur samt i ögonlocken, kontraktionerna af rectus abdominis voro alltid och uteslutande toniska. Dylika kloniska ryckningar uppträda så godt som uteslutande hos barn, der de ibland kunna öfvergå till allmänna konvulsioner, medan observationer hos äldre äro mycket sällsynta och väl knappast observerade i så betydlig grad, som fallet var här.

Af symptom, som ofta finnas, saknas i fallet Chvosteks facialisfenomen, men väl konstaterades en höggradigt stegrad mekanisk muskelretbarhet. Anmärkningsvärd är äfven patientens oförmåga att slappa sina muskler och den om också ringa rigiditet, som finnes anmärkt vis à vis musklerna; detta moment torde väl varit anledningen till, att det ej lyckades att framkalla några patellarreflexer, hvilka eljest vanligen finnas, ofta till och med stegrade. Deremot visade sig periost- och andra senreflexer vara höggradigt stegrade, medan hudreflexerna funnos utan att förete något särskildt anmärkningsvärdt.

Det är sålunda rätt stora afvikelser, sjukdomsbilden erbjuder från den vanliga; för ett par af dem torde kanske förklaringen kunna sökas i de funna patol.-anatomiska förändringarne, hvilka åtminstone i sådan utbildning hittills ej konstaterats i något annat fall. De hittills konstaterade förändringarne hafva, såsom jag redan förut nämt, varierat rätt betydligt. Förändringar hafva funnits öfverallt i nervsystemet. I hjärnan och dess hinnor har man konstaterat serös utgjutning i ventriklarne, serös imbibition af subarachnoidalväfnaden, ödem af hjärnsubstansen, injektion af pia mater och hjärnan; i ryggmärgen har man funnit än begränsade sklerotiska härdar än uppmjukning af olika delar af ryggmärgen; särskildt ett par fynd torde dock förtjena att närmare omnämnas, emedan de påminna något om fyndet i mitt fall. Jag tillåter mig anföra dem efter Frankl-Hochwart, då originalen ej stått till mitt förfogande.

Beyer fann i ett fall å framsidan af dura mater spinalis mellan denna och periostet en rödaktig, mjuk, genomskinlig väfnad med små mörkröda punkter; å baksidan uppträdde denna väfnad endast i hals- och öfre delen af bröstmärgen. Å pia fanns i nedre delen af halsmärgen och i ländmärgen en lindrig grumling. I ett annat fall konstaterade han små suffusioner i 1 ctms utsträckning i den subdurala bindväfven å öfre bröstmärgens baksida jämte några platta blödningar i den öfre halsmärgen motsvarande extradurala bindväfven och ödem kring nervrötterna. För öfrigt nervsystemet makro- och mikroskopiskt normalt.

Imbert-Gourbeyre fann i ett fall hyperämi å hjärnans konvexa yta med ecchymoser, hjärnsubstansen fläckvis uppmjukad; å dura mater spinalis, motsvarande hals- och lumbaransvällningen, rosenröda fläckar, vid nervernas utträde genom dura liknande fläckar i dura och å nerverna, uppmjukning af ryggmärgen, cauda equina bildade ett rosenrödt knippe.

Bouchut konstaterade blodig utgjutning i ryggmärgshinnorna i trakten af halsmärgens och medulla oblongatas framsida.

I de perifera nerverna tyckas aldrig några förändringar hafva konstaterats.

De vid sektionen af mitt fall funna förändringarne närma sig delvis de nu skildrade, men äro isolerade i fråga om förändringarne i n. ischiadicus. I detsamma konstaterades, såsom förut nämts, begränsade blödningar å framsidan af cauda equina och kring nervrötterna af 3—5:te halsnerven under pia, medan för öfrigt ej någon hyperämi, undantagandes möjligen en lindrig injektion af pia mater cerebri och af långa blodledaren, kunde konstateras hvarken i hinnorna eller i själfva nervsubstansen. Dessutom funnos å en begränsad sträcka i v. n. ischiadicus tydliga blödningar och utpräglad injektion af nervskidan, medan för öfrigt de undersökta perifera nervstammarne ej visade något anmärkningsvärdt.

Frågan är då, i hvilket samband dessa förändringar kunna tänkas stå till symptomen under lifvet. De funna förändringarne finnas anmärkningsvärdt nog just kring nerverna till de delar, som visat sig starkast angripna af krampryckningarne, nämligen kring dem till underarmarne och benen, och detta förhållande tyder onekligen på ett visst samband mellan blödningarne och krampryckningarne. Men å andra sidan måste betonas, att områden angripits, motsvarande hvilka i det centrala nervsystemet inga förändringar kunnat påvisas, åtminstone makroskopiskt, så t. ex. i ögonmusklerna och i bukmusklerna. Dertill kommer, att liknande förändringar endast anträffats i ett fåtal fall, men saknats i de flesta, som kommit till sektion. Man torde derför ega rätt att betvifla, att de tetaniliknande symptomen i fallet kunna sättas i något direkt samband med de funna förändringarne; de torde ej kunna förklara denna grupp af symptom. Och ytterligere styrkes jag i denna uppfattning, af att de nämda blödningarne säkerligen ej äro gamla, utan af jämförelsevis färskt datum, medan åter de tetaniforma krampanfallen uppträdt redan för mer än ett halft år, innan pat. kom under behandling.

Deremot torde åtskilliga af de afvikande symptomen i fallet finna sin förklaring i dessa blödningar. Vi finna nämligen, att flera af symptomen med bestämdhet häntyda på en retning af nerverna någonstans efter deras utträde ur den centrala nervsubstansen, nämligen dels och framförallt de kloniska ryckningarne dels kanske också den visserligen ej höggradiga, men dock tydliga muskelrigiditet, som fanns i fallet. Blödningar, sådana som de nu funna, utöfva otvifvelaktigt en retning å de nerver, de träffa, och det torde derför ej vara osannolikt, att just dessa blödningar gifvit anledning till de vid tetani ovanliga, i fallet åter konstant uppträdande kloniska ryckningarne. Deras säte just motsvarande nerverna till de partier, der de kloniska ryckningarne uppträdde, nämligen underarmarne och benen, å andra sidan frånvaron af alla kloniska ryckningar i rectus abdominis, der kontraktionerna hade konstant tonisk karakter, och den samtidiga frånvaron af blödningar eller andra förändringar i dorsalryggmärgen och dess omgifning, från hvilken ju nervgrenarne till denna muskel gå, synas mig styrka en sådan uppfattning. Mot en sådan uppfattning talar visserligen, att i ögonlocken tidvis täta kloniska ryckningar uppträdt, utan att vid sektionen liknande förändringar kunnat konstateras å det tillvaratagna preparatet. Då emellertid vid sektionen ej en noggrannare granskning af n. oculomotorius eller facialis perifera delar verkställdes, torde det ej vara omöjligt, att en sådan skulle hafva kunnat påvisa liknande förändringar i dem.

Anledningen till dessa blödningar åter torde man möjligen kunna söka i den förhandenvarande nefriten; dock måste å andra sidan erkännas, att blödningarnes säte och begränsning är ganska egendomlig, då ju endast i de nämda ställena i ryggmärgshinnorna och n. ischiadicus sådana anträffats, medan för öfrigt ingenstädes dylika kuade påvisas. Kan ett samband mellan de förändringar, som framkalla tetanien och dessa blödningar finnas, är en fråga, som derför ovilkorligen framställer sig; svaret härpå torde dock ej vara möjligt att med bestämdhet gifva.

Att orsaken till tetanisymptomens uppträdande i fallet är att söka i den kroniska intoxikationen, som varit en följd af den höggradigt insufficienta njurverksamheten, liksom fallet varit i ej så få andra fall, torde man emellertid ega rätt att antaga. Men hur denna intoxikation verkat, och hvilken del af nervsystemet, man hufvudsakligast har att anse vara den förändrade, derom lemnar sektionsresultatet i detta fall lika litet som i andra liknande någon upplysning.

Såsom redan flera förf. betonat, kan större delen af symptomen förklaras genom antagandet af locus morbi i de perifera nerverna; förlamningarne, sensibilitetsrubbningarne, de vasomotoriska och trofiska rubbningarne, reflexernas försvagande, pupillförändringarne etc. hafva alla observerats vid perifera nevriter, men de förekomma äfven vid mera centrala lesioner. Deremot finnas några symptom, som man helst sätter i samband med det centrala nervsystemet, såsom den bilaterala, toniska, symmetriska krampen, polyurien, glykosurien, hufvudvärken, svindeln, de psykiska förändringarne.

Sannolikast synes mig, att de karakteristiska symptomen vid tetanien bero på ännu okända förändringar af de perifera nerverna och ryggmärgen, medan hjärnan endast har en mera underordnad betydelse för symptombilden.

En stor del af hjärnsymptomen, frånsedt, att de ingalunda äro konstanta eller väsentliga för tetanien, kunna observeras vid intoxikationer af ena eller andra slaget, såsom t. ex. i mitt fall vid urämi, utan att derför tetaniliknande kramprycknigar uppträda. Andra, som mera bestämdt häntyda på hjärnlesion, såsom neuroretiniterna och de psykiska rubbningarne, hafva äfven observerats vid perifera nevriter. Dertill kommer, att ett och annat af symptomen, såsom t. ex. de försvagade reflexerna, ej kan bero på en hjärnlesion.

Hufvudsätet för lesionen måste derför sökas i ryggmärgen och de perifera nerverna. Hvar denna här företrädesvis är att söka, är emellertid svårt att afgöra. Bilaterala symmetriska symptom uppträda visserligen vanligast

vid ryggmärgslesioner, men sådana förekomma äfven vid perifera affektioner, Jag behöfver blott i detta hänseende påminna om t. ex. blyförlamningarne, hvilka i allmänhet antagas bero på förändring af de perifera nerverna, eller om alkoholförlamningarne. Visserligen är det sannt, att dessa förlamningar träffa så godt som uteslutande, åtminstone i de lindrigare fallen, extensorgrupperna, medan vid tetanien så godt som uteslutande, å armarne åtminstone, flexormusklerna äro angripna, men möjligheten af, att ett gift företrädesvis angriper de till de förra gående nerverna, ett annat de till böjmusklerna gående, torde ej kunna förnekas. Äfven bilateral symmetrisk kramp behöfver ej nödvändigt bero på en ryggmärgslesion; det framgår bland annat af sektionsfyndet i mitt fall, i hvilket klonisk bilateral kramp uppstått genom symmetriska blödningar kring de utträdande nervrötterna; att oaktadt blödningens skenbara symmetri krampen ej uppträdt symmetriskt i extremiteterna, torde bero på, antingen att de utträdande nervrötterna ej symmetriskt fördelats till extremiteterna, eller att retningen ej varit lika utpräglad å båda sidorna af ryggmärgen. De nämda betingelserna torde emellertid kunna finnas, om också endast såsom undantag, och klonisk bilateral symmetrisk kramp måste derför ej nödvändigt tala för en ryggmärgslesion. I allmänhet torde dock en sådan peka på ryggmärgen; och ännu mera gäller detta om symmetrisk bilateral tonisk kramp. Tonisk kramp är redan den ytterligt sällsynt vid perifera affektioner, men symmetrisk bilateral sådan torde knappast vara observerad annat än vid ryggmärgsaffektioner. Då detta symptom emellertid är det konstantaste vid tetanien, synes det mig med största sannolikhet peka på ryggmärgen såsom hufvudsakligaste utgångspunkten för symptombilden. Sannolikt torde dock äfven förändringar af de perifera nerverna bidraga, den stegrade elektriska och mekaniska retbarheten synas mig tala härför.

Förändringen är emellertid ännu obekant, de hittills funna förändringarne äro af allt för omvexlande beskaffenhet

för att kunna anses vara det verkliga patol.-anatomiska substratet för symptombilden. Allt, hvad man torde ega rätt att säga i detta hänseende, är derför, att genom en intoxikation eller infektion framkallas för oss obekanta förändringar i ryggmärgen och de perifera nerverna, som föranleda en ökad irritabilitet hos dessa nervösa organ, i mitt fall särskildt hos en kanske förut i detta hänseende hereditärt belastad individ, då både modren och en syster lidit af krampryckningar, en irritabilitet, som tar sig uttryck i de förut skildrade symptomen. Framtida förbättrade undersökningsmetoder få bringa oss närmare upplysningar om dessa förändringars art.

Innan jag lemnar fallet, skulle jag till slut, utan att närmare ingå på fyndet, blott vilja framhålla den jämförelsevis ovanliga förekomsten af så höggradiga skrumpnjurar af obekant anledning hos en så pass ung individ.

Tre fall af fria kultromber i hjärtat.

Af

O. Tirén.

1. Tjensteflickan A. J., 44 år. (Journal af kand. Gundersen).

Anamnes. (Pat:s egna uppgifter sväfvande och hvarandra motsägande. Det mesta därför inhämtadt af pat:s anhöriga).

Fader och moder ledo mycket af reumatisk värk; ej syskonen. Hygieniska förhållanden under barnaåren och under den derpå följande tjenstetiden på landet dåliga. Fuktig och kall bostad, knappt om föda och kläder. Vid 18 års ålder bättre bostadsförhållanden. Redan nu började hon lida af värk i lederna, kunde dock för det mesta sköta sina göromål, endast någon gång då och då sängliggande. Under de senare 4—5 åren har hon mer och mer pinats af dylik värk med feber och svullnad i lederna. Andnöd och hjärtklappning samt envis hosta hafva tillstött. Oktober 1892 sämre; efter att under några dagar hafva känt värk i hufvud och ben, öfverfölls hon tämligen hastigt af svår andnöd och qväfningar, hjärtklappning, svindel och susningar för öronen. Sömnlöshet, dålig aptit. Under året ett par gånger blodhosta med håll, hufvudsakligen i höger sida. God afföring, ej märkt någon förändring i urinens förhållande. Venstra benet svullnade ända från höften; det högra endast föga svullet. Vid inkomsten å sjukhuset annoterades: albuminuri; hjärtat når till 2 ctm. utanför sterni högra kant.

Den $^{15}/_{12}$. Plötsligt håll i h. sida, ringa blodhostning. Så småningom tilltagande dämpning på högra sidan nedtill baktill.

Status præsens d. $^{31}/_{12}$ 1892. Pat. intar helst venstersidigt läge eller sittande ställning t. f. af eljest påkommande qväfningsanfall. Kroppskonstitution kraftig, hull och muskulatur goda. Händer och fötter särskildt kalla, cyanotiska, likasom ansigtet och synliga slemhinnor, hudfärgen för öfrigt

äfven blek och cyanotisk. Ödem i båda fötterna, Aptit dålig. Pulsfreqvens 80 (efter digitalis); pulsen, som vid intagandet var oregelbunden, knappt kännbar, är numera regelbunden, liten. Ringa hosta; sparsamt slemmigt sputum, utan blod. De subjektiva symptomen hafva nu lindrats, bestå i dåsighet och mattighet samt i främsta rummet andnöd. Hjärtklappning och smärtor i hjärttrakten. Ledgångsvärk förekommer då och då. Svindel och yrsel; dålig matlust, sömnlöshet. Spritter ibland upp ur halfslummern t. f. af qväfningskänsla.

Hjärtat: Ingen bombering af hjärttrakten. Impuls i 5:te interstitiet, något innanför mam. lin. Inga abnorma indragningar eller utbuktningar. Impuls bredare än vanligt, ej lyftande; stundom präsystoliskt fremissemang öfver mammillartrakten. Högra gränsen för rel. hjärtdämpningen sträcker sig 1 ctm. utanför sternalkanten vid hård perkussion. Öfre gränsen når upp till 3:dje refbensinterstitiet. Öfver spetsen och basen höres ett svagt diastoliskt och därefter ett starkare präsystoliskt blåsljud. Andra pulmonalistonen accentuerad. Från v. lungan intet att anmärka. Öfver den högra lungans baksida ungefär från scapulas midt en nedåt tilltagande dämpning, matt från 2 fingersbredder nedom scapulas spets. På framsidan ingen dämpning, enstaka mjuka rassel och ronchi sibilantes. På baksidan bronchial respiration, nedåt svagare och aflägsen. Nedtill försvagad pektoralfremitus, krepiterande rassel.

Tillståndet förbättrades, som det tycktes, andnöden mindre.

Daganteckningar: $^{11}/_{1}$ 1893. Försämring, delirier, skriker stundom, talar oredigt. Puls åter oregelbunden, nästan ej kännbar.

$^{21}/_{1}$. Har mest legat slö och dåsig, då och då skrikit och talat oredigt. I går började symmetriskt å båda kinderna, nässpetsen, händer och fötter, synnerligast stortån, en häftig cyanotisk missfärgning. I dag äro dessa ställen svartblå, iskalla, stadda i börjande gangrän. Dessutom hudblödningar, tilltagande i omfång och storlek, särskildt å extremiteterna. Puls ej kännbar. Koma. Död $^{22}/_{1}$ kl. 3,30 f. m.

Ur *sektions*protokollet anmärkes: Hjärtat 12×11 ctm., högra kammarväggen 7—8 mm., den venstra vid basen 11—12 mm., vid spetsen 7—8 m. Hjärtköttet sladdrigt, spräckligt, med gula strimmor och streck. Venstra förmaks-

väggen 4 m.m. i tjocklek. I det dilaterade venstra förmaket finnes en alldeles fri, rund kultromb af något mer än ett vanligt plommons storlek. Dess yta är lindrigt ruggig, men utan vidhängande slamsor. Vid genomsnitt visar den ett $^1/_2$ ctm. tjockt skal med ett grårödt, blandadt blod- och varliknande innehåll. Nära ostium atrio-ventriculare en vid väggen fastsittande hasselnötstor annan tromb med ojämn, trasig yta mot förmakets lumen. Ostium atrio-ventriculare sin. förträngdt till knappt blyertspennevidd, med rikliga aflagringar och betydlig förtjockning. A aortavalvlerna färskare vårtformiga aflagringar. Betydlig dilatation af högra kammaren. I denna som i h. förmaket inga tromber. I h. lungsäcken omkr. 1 liter serös exsudat. I h. lungan 3 större och mindre, äldre och yngre, hämorrhagiska infarkter, hvaraf de nedre nå lungans yta, som der visar fibrinbeläggning och små blödningar. I v. lungan likaledes infarkter, men ej nående ytan.

Lefvern visar cyanotisk atrofi, är blodfull. Mjälten 16×8×5 ctm. med 3 stora infarkter. Njurarne blodfulla, för öfrigt utan anmärkning. Pankreas d:o d:o Hårda hjärnhinnan pachymeningitis hæmorrhagica interna. Hjärnan utan anmärkning. I perifera arterer anträffas här och hvar tromber, som utfylla hela lumen, dels fasta dels endast ytterst löst adhärerande vid arterväggen.

Mikroskopisk undersökning af den fria tromben visar i den centrala, smälta delen endast kornig detritus i öfvervägande mängd samt hvita och röda blodkroppar, dels ännu bibehållna dels stadda i kornigt sönderfall. Skalet har en ju närmare ytan dess tydligare parallelt fibrillär struktur (djupare synes fibrinnätet vackert) med inneslutna talrika hvita och röda blodkroppar i maskorna. Endast sparsamt synas i denna väfnad celler med blåsformig kärna, epiteloida celler såsom tecken till börjande organisation. Upprepade bakteriefärgningar hafva gifvit negatift resultat.

2. Fru A. A., 48 år (Journal af kand. Strömstedt).

Anamnes.. Af anhöriga har inhemtats följande:

Pat:s släkt är kroppsligen frisk, men i allmänhet känd för ytterlig lynneshetsighet. Pat. har under de sista åren lidit mycket af hufvudvärk, i synnerhet var vintern 1888 svår. Sedan dess varit minnesslö; hon har känt hufvudet "iskallt". I November månad 1892 skall hon hafva träffats af någon upprörande sorg, och anhöriga sätta hennes sjukdom i samband med denna. Den $^{15}/_{11}$ kände pat. sig under

en promenad plötsligt så maktlös, att hon endast med möda kunde arbeta sig hem. Anfallet gick fort öfver. Några dagar därefter fick hon midt under synbar helsa anfall af mycket svår hufvudvärk. Kroppen kändes kall och ögonen stirrade glasartadt. Sensorium omtöcknadt. Dagen efter svart kräkning. Lues förnekas. Pat. har födt 6 barn, friska. Har haft ett missfall.

Status præsens i början af Dec. 1892: Pat. väl nutrierad. Intelligens ej fri. Hon följer med ögonen alla rörelser, som läkaren utför, kan artikulera, men i st. f. svar på frågor upprepar hon alltid frågan ordagrant; kan ej läsa tryckt eller annan stil, ser mycket väl bokstäfverna, o. s. v., med ett ord, företer bild af amnestisk afasi.

Från lungorna intet att anmärka.

Hjärtat ej förstoradt; regelbunden hjärtverksamhet. Vid spets och bas ett vid olika tillfällen olika starkt systoliskt blåsljud. Puls jämn och jämförelsevis kraftig. Intet särskildt för öfrigt att anmärka.

Tillståndet fortfor utan förändring ända till den $^{2}/_{1}$ 1893, då hon plötsligt föll i soporöst tillstånd och afled d. $^{3}/_{1}$ kl. 10,25 f. m.

Sektion: Hjärtat 9×8 ctm., något slappt, valvler och mynningar friska, aortavalvlerna hålla vattenprofvet. Muskulaturen gulstrimmig, i v. kammaren 12 mm. V. förmaket innehåller en tromb, 6 ctm. lång, 3,5 till 2 ctm. bred af oregelbunden, förmaket motsvarande form. Den ligger alldeles fri, utan adhärens, med knottrig, fast, ribbig yta med omvexlande röda och hvita partier; dess tjockare ända vänd mot hjärtörat, den andra skjutande upp mot lungvenerna. Ej absolut tilltäppning. Lungorna öfverallt luftförande, utan betydligare blodfullhet. Mjälte 12×9 ctm., i den bakre delen talrika infarkter. I högra njuren en nötstor infarkt. Lefver utan anmäkning. I hjärnan funnos multipla uppmjukningshärdar, närmare beskrifna i sektionsprotokollet.

Mikroskopisk undersökning af tromben visar här ett annat utseende. I maskorna af en väfnad, som nätformigt genomsätter hela tromben, och hvilken väfnad visar struktur närmast liknande granulationsväfnad med stora fibroblaster, fibrillär grundsubstans, ja t. o. m. nybildning af kärl, ligga inneslutna öar af röda blodkroppar. Tromben har alltigenom detta utseende utan tecken till kornigt sönderfall.

3. Hustru Karolina G. A., 60 år. Intogs den $^{10}/_{6}$ 1893. Visade sig då ytterst slö, svarade knappt på tilltal,

visste ej sitt namn, huru gammal hon var m. m., minnet borta, kände icke igen omgifningen. Cyanos, andnöd i hög grad. Puls liten, mjuk, 96 i min., obetydligt oregelbunden. Hjärtdämpningsrutan ej märkbart förstorad. Inga tydliga blåsljud. Ingen hosta, ej ödem, ej ascites, ej hydrothorax. Tillståndet oförändradt till den $^{20}/_{6}$, då hon började klarna till intelligensen. Minnet blef bättre, andnöden mindre och allmänna tillståndet höjde sig så småningom, så att hon kunde utskrifvas redan den $^{22}/_{6}$. Intogs åter den $^{12}/_{7}$ i mycket dåligt tillstånd. Oregelbunden hjärtverksamhet med liten, knappt kännbar, fladdrande puls. Höggradig cyanos och dyspne. Hydrothorax samt anasarka. Hela tiden oredig, mussiterande delirier. Tilltagande cyanos, dyspne. Sopor, koma, död d. $^{17}/_{7}$ kl. 4,10 f. m.

Sektion: Hydrothorax. Hjärtat 12×10 ctm. Spetsen utgöres endast af den hypertrofiska v. kammaren. Högra kammaren dilaterad, dess muskelvägg 5—6 mm. Trabeklar stora, tjocka. V. kammarens vägg 14—16 mm. Stenos af mitralisostiet, så att knappt lillfingret får rum i öppningen. Aortas valvler utan anmärkning, ofvan valvlerna dilaterad utan endarterit. I högra förmaket utfylles örat och närmaste delar af trombmassor af spräckligt, gråhvitt och rödt utseende. I h. kammaren inga synliga tromber I v. förmaket finnas 6—7 stycken från ärt- till knappt hasselnötstora, dels runda, dels långsträckta, dels greniga tromber, de sista med någon del inflätade i trabekelverket, den öfriga delen fritt hängande in i förmaket, samt en knappt plommonstor sådan, liggande fri och rörlig i förmaket. Alla äro säcklika, d. v. s. bestå af ett jämförelsevis fastare skal och ett grårödt, nästan varlikt, tunnare innehåll, hvilket mikroskopiskt visar sig bestå af fett och detritus, degenererade, sönderfallande hvita och röda blodkroppar. Endocardium öfverallt glatt och glänsande. I lungorna talrika hasselnöt- till dufäggstora hämorrhagiska infarkter, somliga vid ytan. Ödem i h. lungan. Mjälte 13×8×4,5 ctm. Stora, hvita infarkter. Njurar 13×5×3,5 ctm. Några ärriga, hvita infarkter. Ytan granulerad, barken reducerad till somligstädes 2—3 mm. Skrumpning, urincystor. Lefver 22×18×7 ctm. Muskotlefver. Hjärnans h. hemisfer, motsvarande gyrus angularis, har nära ytan i hvita substansen en knappt hasselnötstor uppmjukning med klart, gelatinöst innehåll. Intet för öfrigt att anmärka.

Vanskligheten att under lifvet diagnosticera hjärttrombos är sedan gammalt känd och erkänd. Ofta hafva symptom däraf varit latenta, så att man först vid sektionen konstaterat densamma. Tydligt observerade emboliska processer i förening med tecken till utpräglad insufficiens i hjärtats arbete, symptom af vanligt valfvelfel samt plötslig död äro de kliniska företeelser, för hvilka man vid sektionen eljest funnit hjärttrombos ligga till grund.

De ofvan anförda tre fallen, observerade vid Allm. och Sahlgrenska sjukhusets med. afd., öfverensstämma oaktadt de tämligen olika sjukhistorierna däri, att tromberna voro fria, ej adhärerade på något ställe vid endocardium. Dels från rent teoretisk synpunkt dels efter observationer vid sjukbäddar och sektioner hafva om de fria hjärttrombernas kliniska betydelse stridiga åsigter gjort sig gällande.

Sålunda har Herz [1]) framhållit, huru de måste verka som kulventiler och sålunda allvarsamt öka förut oftast befintliga cirkulationsrubbningar, oafsedt deras betydelse för uppkomst af embolier. v. Recklinghausen [1]) har gent häremot velat framhålla deras symptomfria existens och tillmäter dem ej större betydelse än tromber i perifera vener eller fleboliter. Lang [3]) och v. Ziemssen [2]) instämma med Herz. Genom sammanställning af tre af honom observerade fall tror sig v. Z. kunna sätta en sannolikhetsdiagnos under följande vilkor:

1:o. Kliniskt påvisad mitralisstenos.

2:o, Påvisbart särskildt svårt hinder för cirkulationen i v. hjärthalfvan (svårare än vid vanlig mitralis-stenos -- minimal blodfyllnad i arterer — pulsens beskaffenhet).

3:o. Circumscript gangrän i perifera delar af kroppen, särskildt fötterna, jämte likkyla i extremiterna. Detta sista

---

[1]) Herz och v. Recklinghausen. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd 37.

[2]) (Föreg. samt Wiener med. Blätter 1890 H. 2). Ueber die gestielten und Kugeltromben des Herzens.

[3]) Wiener med. Presse 1886. N:o 7 och 8. Ueber die klin. Bedeutung der freien Kugeltromben des Herzens.

symptom ej alltid beroende på embolier utan äfven på autochton artertrombos.

I de tre af v. Z. relaterade fallen har denna symptomkomplex återkommit.

Det är nämligen teoretiskt plausibelt och med de flesta publicerade sektionsberättelser öfverensstämmande, att stenos i den afförande mynningen måste vara ett gynnsamt moment för fria trombers uppkomst eller åtminstone qvarhållande i hjärtat. I analogi med mitralisstenosens rel. freqventare förekomst hafva ock alla i tillgänglig litteratur publicerade fall fria tromber varit belägna i v. förmaket. Granska vi fallet 2 i samband härmed, faller i ögonen frånvaron af hvarje valfvelfel. *) Utan att ingå på försök att förklara trombens uppkomst och tillväxt, måste jag i detta fall endast fästa uppmärksamheten på dess form, täml. exakt motsvarande förmakets lumen (det oaktadt alldeles fri), dess mikroskopiskt visade långt gångna organisation samt de kliniska företeelsernas lindriga karakter. I sådant hänseende erbjuder fallet särskildt intresse.

Hvad fallen 1 och 3 vidkommer, synas de mera likna, hvad man i allmänhet finner beskrifvet. Särskildt synes en viss samstämmighet råda mellan fallet 1 och v. Ziemssens ofvan anförda schema. Tydligt är dock, att äfven vid förekomsten af denna symptomkomplex man endast kan komma till sannolikhetsdiagnos. De kliniska tecknen, både de af v. Z. och alla andra beskrifna, sammanträffa för öfrigt så sällan, att t. o. m. en sådan blott undantagsvis torde vara möjlig.

*) Jfr v. Ziemssens uppgift om fria hjärttromber utan mitralisstenos (Berliner klin. Wockenschrift 1890 H. 26).

Primär actinomycosis pulmonum.

Af

H. Köster.

Aktinomykosen och de af den framkallade processerna äro kända sedan omkring ett 10-tal år tillbaka. Antalet observerade fall i utlandet har under denna tid varit rätt betydligt, så att t. ex. Illich i sin monografi, Beitrag zur Klinik der Aktinomykose, kunnat hopföra ej mindre än 569 publikationer öfver observerade fall. I vårt land åter och i den skandinaviska litteraturen finnas observerade fall så godt som icke alls omnämda, och dess förekomst härstädes torde derför vara ganska ovanligt, äfven om sjukdomen torde förekomma oftare, än man på grund af den nästan totala frånvaron af publicerade fall vore hågad att antaga. Ett härstädes observeradt fall af primär aktinomykos i lungan torde derför förtjena att omnämnas.

M. A. 33-årig qv. Int. $^{15}/_{11}$ 93, utskrifven $^{11}/_{12}$ till kirurg. afdelningen.

Anamnes: Inom patientens slägt lära bröstsjukdomar ej vara gängse, dock lärer hennes fader under några månader hostat upp högrödt blod. Patienten har ständigt varit sjuklig och klen; hon hade som barn mässling och skarlakansfeber, men led ej af skrofulösa åkommor. Genomgick vid 12 års ålder nervfeber utan några sviter samt vid 14 år en svår frossa, då hon låg till sängs i 6 månader med feber, hufvudvärk och frysningar. Med undantag af tiden mellan hennes 18—20 år har hon sedan denna sjukdom aldrig varit frisk, utan lidit af isynnerhet reumatiska åkommor. Vid 20 års ålder förkylde hon sig under pågående reglering, hvarvid denna försvann och häftiga blodstörtningar genom näsa och mun inställde sig, hvarför hon vårdades härstädes i 3 veckor. Hon har sedan dess besvärats af

ofta påkommande krämpor, såsom "ondt i bröstet" med hosta, svåra reumatiska anfall etc.

Vid 24 års ålder gifte hon sig, och har hon genomgått 5 mer eller mindre svåra förlossningar. Hennes nuvarande lidande synes hafva börjat i midten af Augusti detta år, då hon, äfven denna gång under pågående reglering, förkylde sig, hvarvid denna afstannade. Hon kände samtidigt en dag helt plötsligt ett häftigt håll i högra sidan straxt nedom refbensranden, just der hennes nuvarande ömhet är som svårast. Hon behandlades då med varma grötar och blef bättre, men ej fullt bra. Hon har sedan dess oupphörligt känt af hållet i sidan med vexlande intensitet, har derjämte känt sig matt och klen. I början af Oktober förkylde patienten sig, fick svår hosta, feber, andtäppa och hjärtklappning; rådfrågad läkare diagnosticerade lunginflammation, och under behandling blef hon kryare, hvarjämte hostan fullständigt försvann. I midten af November, då hon utan att vara fullt återställd lemnade sängen, började emellertid häftig värk och ömhet uppträda på ett litet begränsadt område å höger sida baktill, omedelbart under bröstkorgsranden. Symptomen tilltogo hastigt, hvarjämte hosta med stundom blodig upphostning tillstötte. I sådant tillstånd intogs hon å härvarande sjukhus 15 Nov. 1893.

Anmärkas må, att patienten under de sista åren ej vistats på landet.

Vid inkomsten var tillståndet ungefär detsamma, som i status præsens omnämnes.

$^{16}/_{11}$ gjordes profpunktion i högra lungsäcken med negatift resultat. Efter punktionen fick patienten en stund blodig upphostning.

$^{25}/_{11}$. Anmärkes, att å högra lungans baksida finnes dämpning, börjande straxt ofvan scapulas spets, och matt ton från densamma. Huden och underhuden å det dämpade området äro ödematöst svälda. Dämpningslinien går utåt till scapularlinien, der klar ton vidtager. Respirationsljudet försvagadt å det dämpade området. Ny profpunktion å 2 ställen, intet exsudat, endast blod i sprutan; vid insticket en känsla af, som om nålen genomträngde svålig väfnad. Omedelbart efter punktionen blodhosta. Under nattens lopp ringa blodhosta.

$^{27}/_{11}$. Anmärktes tydlig försvagning af pektoralfremitus å det dämpade området.

$^{28}/_{11}$. Bronchialrespiration svagt nedtill baktill å höger sida.

Status præsens 1 December 1893. Pat. är klent byggd, ser blek och sjuklig ut. Hon har enligt egen uppgift under höstens lopp afmagrat ända till oigenkänlighet. Hon intar i sängen helst venstersidigt läge på grund af ömhet i höger sida. Matlust och afföring dåliga, sömnen god. Temperatur se nedan. Urinen håller ej ägghvita. Pulsen 110. Sputa äro sparsamma, tuberkelbaciller kunna ej påvisas i dem. Stark nattsvett.

Patienten känner intet annat ondt än lindriga, några gånger om dagen återkommande ytliga "svidningar" i höger sida vid nedre bröstkorgsranden; hon känner sig dessutom klen och matt.

Thoraxformen är något ftisisk; fossæ supra-et infraclaviculares ganska djupa med framstående claviculæ. Angulus subcostalis spetsig. Å ryggen, till höger om ryggraden, märkes en tydlig utbuktning, sträckande sig från scapulans spets nedåt, omfattande ett område af ett par flathänders storlek. Huden öfver detta parti tyckes vara ödematöst ansväld. Vid palpation markerar patienten en högst betydlig ömhet på ett område, stort som en flathand, omedelbart nedanför och innanför scapulas spets; ömheten är lika intensiv såväl i interkostalrummen som å refbenen. Öfver hela det ömmande området och äfven i dess omgifning äro interstitierna svåra att känna på grund af bröstväggens brädhårda infiltration, på djupet en känsla af pseudofluktuation. Högra sidans nedre del deltager mindre i respirationen än den venstras. Pektoralfremitus försvagad nedtill baktill. Perkussionstonen full och klar å venstra lungan; å höger lunga i fossa supraclavicularis tonen något dämpad, hvarjämte lungans spets står 1 ctm. lägre än venstra lungans spets. Äfven öfver högra claviculan är tonen något kortare än öfver venstra. Nedåt på framsidan och i axillarregionen är tonen full och klar. Å ryggsidan något kortare ton upptill å höger lunga än å venster; ungefär vid scapulans midt vidtar en dämpning, som småningom nedåt från scapulas spets öfvergår till matt ton. Inåt sträcker sig det dämpade området till ryggraden, motsvarande processus spinosus vertebræ VII, utåt når det till något utom scapularlinien. Höggradigt ökad resistenskänsla. Vid auskultation fås å venster lunga normal vesikulär respiration. Å högra lungans framsida är respirationsljudet vesikulärt, och å spetsen höras sparsamma småblåsiga, ej synnerligen hårda rassel. Baktill är respirationsljudet å öfre delen sträft vesikulärt, blir hvinande

bronchielt öfver nedre delen af scapula och är i det närmaste upphäfdt motsvarande förut omnämda, starkt ömmande utbuktning. Inga rassel höras å nedre delen. Bronchofonien mycket försvagad.

Hjärtdämpningen börjar vid nedre kanten af 4:de refbenet, blir absolut vid 5:te refbenet; ingen förstoring åt höger. Spetsstöten kännes i 5:te interstitiet straxt inom mammillarlinien. Tonerna äro rena och klara, å 2:dra pulmonalistonen antydan till klyfning.

Lefvergränserna normala.

Daganteckningar: 4/12. Profpunktion med lång nål nedtill baktill å höger sida. Vid instick känsla af att nålen passerar genom hård, svålig bindväf. Intet sekret, men i sprutan erhöllos vid hastig uttdragning under negatift tryck små väfnadsslamsor, som vid mikroskopisk undersökning visade sig innehålla höggradigt fettdegenererade stora celler samt typiska aktinomyceskorn.

9/12. Ny profpunktion med samma resultat. Från tänderna och käken intet att anmärka.

11/12. Remitterades till kirurgiska afdelningen för operation.

Temperatur:

Datum	Morgon	Afton		Datum	Morgon	Afton		Datum	Morgon	Afton
15/11		38,6°	—	24/11	37°,	39°	—	3/12	38°,	39,4°
16/11	37,4°,	38,4°	—	25/11	37,5°,	39°	—	4/12	36,9°,	38,6°
17/11	37,8°,	38,3°	—	26/11	37,8°,	38,9°	—	5/12	37,4°,	39,3°
18/11	37,8°,	37,9°	—	27/11	37,5°,	38,9°	—	6/12	37,2°,	38,8°
19/11	37,4°,	38,6°	—	28/11	37,2°,	39°	—	7/12	37o,	38,6°
20/11	37°,	38,2°	—	29/11	37,2°,	38,7°	—	8/12	37o,	39,7°
21/11	37,7°,	39°	—	30/11	37,5°,	38,9°	—	9/12	37o,	40°
22/11	37°,	38,2°	—	1/12	37,1°,	37,9°	—	10/12	36,7°,	39,4°
23/11	36,4°,	38°	—	2/12	37°,	38,4°	—	11/12	37°,	

Operation (Dr Lindh) d. 11/12. Klyfning af huden öfver den mest frambuktande delen af svulsten med utskrapning af den halffasta, gråaktiga massan, som anträffades. Resektion af 10:de refbenet. En gång ledde snedt inåt, nedåt och framåt i en med granulationer fyld håla, hvars botten man ej kunde med säkerhet känna.

3/1. Såret fylde sig med friska granulationer, men läktes ej. Hade under vistelsen å kirurg. afdeln. ständig feber, dålig aptit och magrade af. Under de sista dagarne

uppträdde svälda körtlar å halsen, af hvilka en å baksidan af halsen fluktuerade. Pat. tillät ej, att den öppnades.

Utskrefs på egen begäran.

Om fallet är för öfrigt icke mycket att säga. Endast diagnosen torde förtjena att med några ord omnämnas. Densamma var klar i och med det, de karakteristiska aktinomyceskornen påträffats i varet. Dessförinnan var den tvifvelaktig, ehuru närvaron af aktinomyces vid fallets demonstrerande för de tjenstgörande ej ansågs kunna uteslutas. Mest påminde fallet vid första anblicken om en ftisis med förändring af hufvudsakligen nedre loben. Härför talade patientens föregående blodhosta, rasslen och dämpningen i spetsen, den oregelbundna intermitterande febern, patientens nattsvett och afmagring, äfvensom de fysikaliska fynden å högra lungans nedre del, som tydde på hufvudsakligast en utgjutning i lungsäcken. Anmärkningsvärdt var emellertid det betydliga ödemet och infiltrationen i bröstkorgsväggen, ett symptom, som torde vara ytterst sällsynt vid sådana processer, vare sig dessa äro af serös eller purulent natur, och baciller saknades konstant i sputum. Då dertill kom, att trots upprepade profpunktioner intet exsudat erhölls, utan endast blod, oaktadt processen tydligen långsamt tilltog i utbredning, återstod ej annat än att tänka på en tumörbildning i lungan eller en aktinomykos, en uppfattning, som styrktes af en känsla, som om punktionsnålen inträngde i fast, svålig väfnad. Men äfven vid tumörbildningar torde en ytterligt öm, konstant infiltration af bröstkorgsväggen vara ovanlig, en så höggradigt remitterande feber med nattsvett hör ej heller till lungtumörernas, carcinomernas eller sarkomernas, symptombild, lymfkörtelsvullnader och tumörbildningar eljest i kroppen saknades. Å andra sidan uppträda dylika infiltrationer af bröstkorgsväggen vid lungaktinomykos, och processen intog just prädilektionsstället för denna åkomma. De i sprutan erhållna varflockorna underkastades derför en noggrann undersökning, hvarvid de karakteristiska kornen anträffades. I sputum kunde de

deremot aldrig påvisas, oaktadt processen, såsom af den efter hvarje punktion uppträdande blodhostan framgår, måste stått i öppen kommunikation med broncherna. Fallet är såsom sådant typiskt. Den primära lungaktinomykosen angriper öfvervägande nedre loberna och Illich framhåller just, att en konstant, mer eller mindre flegmonös, ansvällning af nedre thoraxpartierna med infiltration af motsvarande delar af lungan starkt talar för en aktinomykotisk process.

Att aktinomykosen i fallet är primär, lider intet tvifvel. Vanliga angreppspunkten, käken med dess tänder och tarmkanalen, voro i fallet fullt normala. Man kan endast tänka sig, att i detta liksom i öfriga liknande fall svampen genom inandning inträngt i lungan och infiltrerat densamma.

Anmärkningsvärdt är i detta hänseende, att pat. enligt egen uppgift aldrig vistats å landet eller haft beröring med ladugårdsdjur. Det torde säkerligen vara sällsynt nog, att en infektion inträffar under sådana förhållanden. De flesta observerade fall träffa just personer, som haft sådan sysselsättning med antingen husdjur eller landtgöromål, eller som åtminstone vistats å landet.

Prognosen för fallet är säkerligen mycket dålig. Invärtes medicin, särskildt jodkalium, hade ingen verkan alls, det kirurgiska ingreppet erbjuder inga utsigter att säkert aflägsna alla svampfrön i lungan. Efter operationen hade jag tänkt att göra ett försök med tuberkulininjektioner, då sådana i några fall visat sig utöfva ett gynnsamt inflytande. Pat. ville emellertid icke qvarstanna, då man icke kunde utlofva någon säker verkan af behandlingen.

Fallet är sällsynt i och för sig. Illich har i sin monografi redogjort för 57 fall af primär lungaktinomykos.

Tarminklämning till följd af retroverterad, atrofisk uterus.

Af

O. Tirén.

Enkan J. N., 67 år, intogs d. 12/4 1893 på Sahlgrenska sjukhusets med. afd. Hon hade den 27/12 1892 träffats af ett slaganfall, så att hon nu led af högersidig förlamning samt af afasi. Höggradig hjärtdegeneration med oregelbunden turbulent hjärtverksamhet. Arteriosskleros. Högersidigt pleuritiskt exsudat, hvilket tappades. Aldrig lidit af underlifsåkommor. Trög i magen. Den 18/4 observerades en allt mer tilltagande uppdrifning af buken utan smärtor, hvilken gick tillbaka efter vattenlavemang. Hon förbättrades, så att hon kunde utskrifvas d. 12/5.

Intogs åter d. 20/5. Turbulent hjärtverksamhet, dyspne, cyanos. Åter ansamladt exsudat, som tappades. Bukuppdrifningen ej så stor. Öppning efter lavemang.

Den 1/6 under envis förstoppning en tilltagande uppdrifning af buken. Energiska tarmspolningar utskaffade endast obetydliga gaser, ej fæces. Ej ömhet i buken. Puls rätt kraftig och mer regelbunden. Uterus retroverterad, rörlig.

Den 3/6 fortfarande ej öppning. Pat. ömmar tydligt i nedre delen af buken. Stark oppressionskänsla. Puls 114, liten, mjuk. Qväljningar och kräkningar. Vaginalpalpation starkt ömmande.

Den 5/6. Företer fullständig ileusbild. Buken som en trumma, ingen lefverdämpning. Fäkala kräkningar. Kollaps. Puls nästan okännbar, hastig. Pat. afled d. 8/6 kl. 4,15 f. m. Behandlingen vis à vis tarmocklusionen utgjordes af upprepade mag- och tarmsköljningar samt opium och isblåsa.

Vid *sektionen* märktes, att tarmkanalen från analöppningen till omkr. 1/2 meter från valv. Bauhini i ileum var sammandragen och tom. Derefter enormt gasuppdrifven. Vid närmare undersökning befanns den tunntarmsslynga,

som just utgjorde gränsen mellan det utspända och tomma partiet, neddragen i lilla bäckenet och fastlödd i fossa Douglasi, med lindrigt våld lossande. Den tillförande tarmen i en utsträckning af 20 ctm. svartblå med matt serosa, slyngans spets starkt vinkelböjd jämte sammanlödning af de resp. tarmrören medelst fibrinösa pseudomembraner, liflig kärlinjektion samt blödningar. Endast några matskedar grumligt blodfärgadt, täml. tunnflytande innehåll i lilla bäckenet. Efter tarmpaketets upplyftande visade sig den atrofiska, retroflekterade uterus jämte angränsande delar af tubæ samt rectum bilda en slags bråckport, af hvilken tarmslyngan fattats och inklämts. Här syntes fibrinösa beläggningar samt blödningar jämte liflig kärlinjektion, mörk svartblå färg af serosan. Uterus ej med annat än fibrinösa, lätt lossande adherenser fixerad i detta läge, lätt att föra fram, dess serosa med fibrinösa beläggningar och kärlinjektion. Inga tromber i art. mesent. Öfriga pat.-anatomiska fynd, voro i korthet: Thrombosis art. fossæ Sylvii + Hypertrophia et degeneratio cordis c. thrombos. auriculæ d. + Synechia pericardii + Arteriosclerosis + Pleuritis exsudat. dextra + Bronchopneumonia sin. lobi inf. + Nephrit. chron. interstit. + Infarct. lienis et renum + Pachymeningitis interna hæmorrhagica.

Fallet erbjuder åtskilligt af intresse. Hos patienten, hvilkens cirkulationsorgan voro mycket dåliga, måste hafva förefunnits en viss grad atoni af tarmarne, hvilket äfven stämmer med sjukhistorien.

Att ett så minimalt yttre mekaniskt moment som denna atrofiska uterus kunnat framkalla så stora verkningar, torde få tillskrifvas dessa två omständigheter. Uteri tryck på tarmen har varit nog för att åstadkomma cirkulationshinder, hvilket åter ökat atonien och koprostasen. Cirkulationsrubbningen med fibrinaflagringen hafva ökat hindret för tarmpassagen — en tydlig circulus vitiosus.

Mot ett emboliskt ursprung talar det negativa resultatet vid undersökning af aa. mesent. samt de tydligast markerade inklämningstecknen just vid fundus uteri. I profylaktiskt hänseende torde tarmperistaltiken hafva bort stimuleras.

Ett fall af lefvercirrhos.

Pat., en 43-årig man, hade alltid varit frisk, undantagandes att han tvenne gånger vid 14 och 20 års ålder lidit af gulsot. Har missbrukat alkohol, syfilis förnekas. 4 friska barn. Våren 1893 började han lida af stor mattighet, gul anstrykning af huden (panna och händer) samt något diarre jämte aptitlöshet; ingen utspänning af buken. Snart bättre under karlsbaderbehandling. Omkring 12 Aug. svåra smärtor i buken, som upphörde efter några timmar. Den gulaktiga färgen återkom och buken utspändes småningom. Inga vidare smärtor, ingen tryckömhet. Fæces ljusare gula, men ej lerfärgade.

Status præsens: Något afmagrad patient, tydlig ikterus, temperatur visar lindriga aftonstegringar till 38,5°. Matlust god, urin albuminfri, fæces ljusgula, något lösa. Buken något uppdrifven, 94 ctm., ascites till midt mellan nafveln och symfysen. Buken oöm. Absoluta lefverdämpningens höjd i parasternal- och mammillarlinien 11 resp. 14 ctm., lefverns nedre kant ligger parallelt med högra refbensranden midt mellan nafveln och denna rand samt når i mammillarlinien till nafvelplanet. Mjälten når fram till främre axillarlinien. Dessutom venstersidig pleurit. För öfrigt lungorna utan anmärkning. Behandling KJ—Kalomel—Dec. Taraxaci+Acet. kal.

14/9. Bukomkrets 88 ctm. Vid palpation af lefverytan kännas inga ojämnheter.

21/9. Pleurit försvunnen; några gnidningsljud qvarstå dock.

26/9. Bukomkrets 85,,5 ctm., ascites nästan borta. Lefverytan tydligen ojämn, knottrig. Gulsot oförändrad, fæces ständigt gallfärgade.

Vid utskrifningen efter $1^1/_2$ månads sjukhusvistelse ascites försvunnen, tillståndet för öfrigt oförändradt, lefverns volym oförminskad.

Mest framträdande hos pat. voro alltså följande symptom, som, efter att han i våras lidit af en kortare tids ikterus, uppträdt efter ett häftigt smärtanfall: förstoring af lefvern, ascites, kontinuerlig ikterus, konstant gallfärgade fæces, mjälttumör jämte en pleurit. Under sjukhusvistelsen qvarstodo alla symptomen utom ascites, som försvann liksom pleuriten. En lefvercirrhos är derför sannolik, då äfven dess ätiologiska moment, alkoholmissbruk, finnes i fallet, men densamma är egendomlig dels i fråga om ascites' försvinnande under längre tid dels i fråga om den ej obetydliga, konstanta ikteriska hudfärgningen med samtidig konstant gallfärgning af fæces. Detta afvikande förhållande är kararakteristiskt för en form af lefvercirrhos, nämligen den s. k. hypertrofiska formen, på hvilken man derför i fallet möjligen kunde tänka, då anledning eljest att antaga ett hinder i gallans utflöde ur ductus choledochus ej finnes. Afvikande är ascites uppträdande vid denna form, men dels har en sådan observerats äfven vid densamma i enstaka fall, dels var den endast, såsom nämts, temporär, samt vidare att lefverytan kändes ojämn och att lefvern ej var så stor, som den brukar vara vid denna form. De initiala smärtanfallen äro ofta observerade vid den hypertrofiska lefvercirrhosen. Den kliniska bilden närmar sig derför mest den vid den s. k. hypertrofiska lefvercirrhosen observerade och förklaras derför trots afvikelserna bäst genom antagandet af att denna form af lefvercirrhos föreligger, utan att jag dock vågar anse denna uppfattning vara säkert riktig.

[Det vidare förloppet visade äfven, att så ej var förhållandet. Pat. afled efter 1 månads vistelse hemma, sedan tecken till tuberkulös peritonit uppträdt. Sektionsresultatet (som bifogas redan här, ehuru det senare meddelades i sällskapet) visade ett pleuritiskt exsudat i v. pleurahålan, tuberkulös peritonit, mjälten betydligt förstorad. Lefvern

snarare förminskad, typiskt atrofiskt cirrhotisk. I gallblåsan inga stenar eller grus, ductus choledochus fri och ej förträngd, inga stenar i densamma.

Detta fynd är vid en jämförelse med symptombilden mycket anmärkningsvärdt. Svårt är att förklara, huru ascitesvätskan kunnat försvinna, trots den höggradiga bindväfsutvecklingen i lefvern. Ännu ovanligare vid en atrofisk cirrhos är den konstanta gallfärgningen af fæces vid konstant gulfärgning af huden. Fallet afviker härigenom ej oväsentligt från den vanliga bilden af en atrofisk cirrhos och visar, att läran om denna och de symptom, den förorsakar, ännu är långt ifrån fullständigt känd.

Hvad den förstorade lefverdämpningen beträffar, som konstaterades under sjukhusvistelsen, kan den endast bero på en framskjutning eller rotation af lefvern, då atrofien ej gerna kunnat utbildas under den månad, som förflutit mellan utskrifningen från sjukhuset och exitus.]

Lefverförstoring hos en 2 års gosse.

Gossen W. A., 2 år. Int. $^{20}/_{9}$ 93, utskr. oförändrad $^{14}/_{10}$. Han hade alltid haft stor mage. Sedan ett år tillbaka har den börjat växa ytterligare, så att han fått svårt att resa sig utan stöd. Gången har blifvit bakåtlutad. För öfrigt har han varit fullt frisk, aldrig känt smärtor i buken, haft god matlust och regelbunden afföring. Aldrig symptom af rachitis. Vid undersökningen befanns gossen se frisk och blomstrande ut, inga tecken till rachitis, hufvudet välbildadt, aptit, sömn och afföring normala. Buken öfverallt jämt uppdrifven, fast och oeftergiflig, ingenstädes ömmande, ingen ascites. Afståndet från basen af proc. xiphoideus till symfysen 27,5 ctm.; bukens omkrets i nafvelhöjd 61 ctm. Relat. lefverdämpningen börjar i parasternallinien i 3:dje interkostalrummet, i mammillar- och främre axillarlinien vid 4:de refbenet, den absoluta vid resp. 5:te refbenet, 5:te interstitiet och 6:te refbenet. Från absoluta lefverdämp-

ningens öfre gräns till lefverns undre rand 12, 12,5 resp. 12,5 ctm. i de resp. perkussionslinierna. Nedre lefverranden kändes glatt och jämn och sträckte sig i en båglinie från något ofvanför crista ilei till 4 ctm. ofvan nafveln i medellinien. Lefverytan kändes jämn. Mjälten ej förstorad, nådde till mellersta axillarlinien. Hjärta och lungor normala.

Här föreligger alltså en ovanligt stor lefver hos ett spädt barn. Af hvilken art densamma är, kan jag ej afgöra. Mot tumörbildningar talar patientens friska och frodiga utseende, rachitis, vid hvilken enligt Henoch någon gång lefvern kan vara rätt stor, finnes ej med säkerhet, digestionsrubbningar hafva aldrig förekommit, med ett ord, någon anledning till lefverförstoringen kan ej upptäckas. Jag har dock velat visa pat., då ett dylikt fynd säkerligen ej är vanligt, utan att dock våga yttra mig om, hvad här föreligger. Behandling med Arsenik utöfvade intet inflytande.

Kirurgiska afdelningen

Öfverläkare Med. Dr. **A. Lindh.**

Rapport

afgifven af

K. SCHILLER.

Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska Afdelning vårdade sjuke och sjukdomar år 1893.

Sjuke personer:	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
utvertes	50	30	811	374	861	404	760	300	26	36	12	30	16	19	47	19
Sjukdomar:																
Labium leporinum	—	—	3	2	3	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Rictus lupinus	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Spina bifida	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia inguin. cong.	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ incarc.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pes varo-eqvinus cong.	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phimosis congenita	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kryptorchismus	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis	—	1	—	2	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—
Chancre	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gonorrhé	—	—	4	—	4	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Epididymitis	—	—	6	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orchitis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bubo inguinalis	1	—	7	—	8	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parotitis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza epidemica	—	—	7	7	7	7	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumatismus	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas	—	—	4	1	4	1	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—

Septico-pyæmia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Variolæ	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Purpura variolosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Alcoholismus chronic.	—	—	5	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Delirium tremens	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Commotio cerebri	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus cerebri	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Insania	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Neuralgia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ischias	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes zoster	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Myelitis traumatica	1	—	2	—	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
Conjunctivitis catarrh	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ gonorrhoica	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kerato-conjunct. phlycten.	—	1	2	3	2	4	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Keratitis phlycten.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Leucoma corneæ	—	—	1	1	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Keratitis	1	1	8	9	9	10	8	6	—	3	—	1	—	—	1	—
Ulcus vel Vulnus corneæ	1	—	15	2	16	2	13	1	—	1	—	—	—	—	3	—
Abscessus corneæ	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Episcleritis	—	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Iritis	—	—	4	7	4	7	4	6	—	—	—	—	—	—	—	1
Irido-choroiditis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Irido-cyclitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Choroiditis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Cataracta	1	—	5	2	6	2	3	2	3	—	—	—	—	—	—	—
Ablatio retinæ	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Papillitis	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Atrophia nervi optici	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Glaucoma	—	1	2	2	2	3	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—
Panophtalmitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Phthisis bulbi	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ruptura bulbi	—	—	2	1	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Dacryocystitis	—	—	3	4	3	4	3	3	—	1	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Stenosis canal. lacrym.	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Blepharitis	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ectropium	—	1	1	1	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Trichiasis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Otitis media	1	—	9	1	10	1	6	1	3	—	—	—	—	—	1	—
Coryza	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlebitis	1	—	1	4	2	4	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Varices	—	—	2	1	2	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Ruptura varicis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aneurysma	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tumores hæmorrhoidales	—	—	12	7	12	7	10	7	1	—	—	—	—	—	1	—
Lymphangitis	2	—	10	3	12	3	12	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Lymphadenitis	—	1	2	3	2	4	2	3	—	—	—	—	—	—	—	1
Epistaxis	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmatoma	1	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmorrhagia	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Thrombosis	1	—	—	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Laryngitis crouposa	—	—	13	12	13	12	11	8	—	—	—	—	2	3	—	1
Oedema glottidis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stenosis laryngis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bronchitis	—	—	8	3	8	3	6	1	2	2	—	—	—	—	—	—
Pleuritis	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pleuro-pneumonia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Empyema	—	—	9	4	9	4	6	2	—	—	—	—	—	2	3	—
Pyopneumothorax	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Pneumonia acuta	—	—	2	2	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—

Emphysema	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Vitium organ. cordis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Pericarditis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Endocarditis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Stomatitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Angina tonsillaris	—	—	5	5	5	5	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—
„ phlegmonosa	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ Ludovici	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Pharyngitis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Strictura oesophagi	—	—	1	2	1	2	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Catarrhus gastro-intestin.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Periproctitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Prolapsus recti	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholelithiasis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Icterus	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Strictura ani	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Contractura ani	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Fissura ani	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula ani	—	—	13	1	13	1	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Perityphlitis supp.	—	—	4	5	4	5	2	4	1	—	—	—	1	1	—	—
Appendicitis	—	—	1	3	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Peritonitis	1	—	—	2	1	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
„ tuberculosa	—	—	2	1	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Pelveoperitonitis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ileus	—	—	5	1	5	1	3	1	—	—	1	—	1	—	—	—
Invaginatio intestini	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obstipatio	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Hernia inguin. mobilis	1	1	29	4	30	5	28	5	—	—	—	—	1	—	1	—
„ „ irreponibilis	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ incarcerata	—	—	7	1	7	1	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ cruralis mobilis	—	—	—	5	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ irreponibilis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ incarcerata	1	1	—	5	1	6	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ gangrænos.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske.		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Hernia umbilicalis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ regionis epigastricæ	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Nephritis	—	—	2	1	2	1	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—
Perinephritis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pyelo-nephritis	—	—	3	—	3	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—
Tuberculosis renis	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmaturia	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cystitis	1	—	15	2	16	2	6	1	4	1	4	—	1	—	1	—
Lithiasis vesicæ	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Retentio urinæ	—	—	12	—	12	—	8	—	3	—	1	—	—	—	—	—
Hypertrophia prostatæ	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Strictura urethræ	—	—	14	—	14	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Infiltratio urinæ	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Sarcocele testis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hydrocele „	—	—	8	—	8	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Spermatocele testis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmotocele „	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Hydrocele funiculi	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pyocele „	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis testis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicocele	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parametritis	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Menorrhagia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Graviditas tubaria	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Myoma uteri	—	2	—	2	—	4	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—
Polypus „	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Kystoma ovarii	—	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Prolapsus uteri	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula recto-vaginalis	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Mastitis	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Ganglion	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Bursitis	—	—	9	11	9	11	9	11	—	—	—	—	—	—	—	—
Tendovaginitis	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Ruptura tendinis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Synovitis genus	1	1	22	7	23	8	22	7	1	—	—	—	—	—	—	1
„ pedis	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Arthroitis cubiti	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ manus	—	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
„ genus	1	2	12	5	13	7	11	5	2	2	—	—	—	—	—	—
„ pedis	1	—	2	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ humeri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Coxitis	3	2	19	12	22	14	17	5	3	6	1	—	—	—	1	3
Distorsio manus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ genus	—	—	4	1	4	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pedis	—	—	27	6	27	6	26	6	—	—	—	—	—	—	1	—
Luxatio humeri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ genus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pedis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Anchylosis humeri	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
„ genus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Contractura digit.	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ genus	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Fractura cranii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ complic	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ baseos cranii	1	—	4	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ossium nasi	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ maxillæ infer.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ claviculæ	1	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ costæ	—	—	13	—	13	—	10	—	1	—	—	—	1	—	1	—
„ columnæ vertebr.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Fractura scapulæ	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ humeri	—	—	7	2	7	2	7	1	—	1	—	—	—	—	—	—
„ antibrachii	—	1	1	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ complic	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ radii	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ulnæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ossium manus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ metacarpi	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ digitorum manus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pelvis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ colli femoris	—	—	1	2	1	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1
„ femoris (diaphys)	2	—	11	3	13	3	12	2	—	1	—	—	1	—	—	—
„ „ complic.	1	—	1	1	2	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
„ patellæ	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ anticruris	1	—	24	3	25	3	19	2	1	—	—	—	—	—	5	1
„ „ complic.	1	—	5	—	6	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	10	1	10	1	8	1	—	—	—	—	—	—	2	—
„ fibulæ	1	—	9	2	10	2	7	1	2	—	—	—	—	—	1	1
„ malleolaris	2	1	11	4	13	5	10	5	—	—	—	—	—	—	3	—
„ „ compl.	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ metatarsi	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pseudarthrosis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Periostitis alveolaris	—	—	3	6	3	6	3	6	—	—	—	—	—	—	—	—
„ orbitæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ femoris	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Periostitis tibiæ	—	—	1	1	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—

Osteitis proc. mastoid.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ manus	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	4	1	4	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Osteomyelitis femoris	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ fibulæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Caries costæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Necrosis septi narium	1	—	2	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ radii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ femoris	—	1	6	—	6	1	3	1	1	—	1	—	—	—	1	—
„ tibiæ	—	—	1	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
„ hallucis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Spondylitis	—	—	12	2	12	2	6	—	5	—	1	2	—	—	—	—
Crispatura tendinum	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cicatrix	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hallux valgus	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Genu valgum	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Scrophulosis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Furunculosis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carbunculus	—	—	4	2	4	2	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Eczema	—	—	9	5	9	5	8	4	—	—	1	—	—	—	—	1
Pruritus ani	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Lupus	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Tuberculosis miliaris	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Actinomycosis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Noma	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Onycomycosis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lumbago	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Coccygodynia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Panaritium	—	—	5	2	5	2	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraphimosis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unguis incarnatus	—	—	6	8	6	8	6	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Contusio	4	—	66	15	70	15	67	14	1	1	—	—	—	—	2	—
Vulnus contusum	—	2	22	—	22	2	22	2	—	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1894	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Vulnus contusum capitis	—	—	10	—	10	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ c. cran. denud.	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ incisum vel ictum	—	—	20	2	20	2	16	2	—	—	—	—	1	—	3	—
„ laceratum vel serratum	2	—	18	1	20	1	20	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ sclopetarium	1	—	3	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Laceratio	—	—	5	—	5	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Phlegmone vel abscessus	6	2	55	24	61	26	58	24	—	—	—	—	—	—	3	2
Combustio	—	2	11	7	11	9	10	6	—	—	—	—	—	2	1	1
Congelatio	—	—	9	—	9	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcera anticruris	1	2	20	13	21	15	19	15	—	—	—	—	—	—	2	—
„ alior. part.	—	—	19	5	19	5	18	5	—	—	—	—	—	—	1	—
Gangræna	—	—	8	3	8	3	6	2	—	—	—	1	—	—	2	—
Ruptura muscul.	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cysta	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Struma	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Lymphoma	—	—	13	15	13	15	13	14	—	—	—	—	—	—	—	1
Adenoma	—	—	—	6	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—
Fibro-sarcoma	—	2	—	1	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Sarcoma	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Melano-sarcoma	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Cystadenoma	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Lipoma	—	—	1	3	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Enchondroma	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Osteo-chondroma	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Osteoma	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Exostosis	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—

Angioma	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholesteatoma	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Endothelioma teleangiectatic	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Papilloma	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cancer gland. lymphat	—	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
„ region. mastoideæ	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ labii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ oris	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ linguæ	—	—	4	—	4	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—
„ maxill. inferior	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ mammæ	—	—	—	13	—	13	—	12	—	1	—	—	—	—	—	—
„ oesophagi	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
„ ventriculi	—	—	5	2	5	2	—	—	3	—	2	—	—	1	—	1
„ pylori	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
„ recti	—	—	1	2	1	2	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
„ peritonei	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
„ uteri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ hepatis	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
„ vesicæ	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
„ penis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ anticruris	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pedis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ umbilici	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Hydrops vesicæ felleæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Tumor abdominis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ascites	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Corpora aliena	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralysis nervi radialis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Deformitas septi narium	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Curvatura rachitica ossium	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Stenosis meat. narium	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Elephantiasis pedis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula stercoralis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Ren cysticus	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Tuberculosis renis	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula thoracis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intoxicatio chron.	—	—	1	—	1	—	--	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Summa	50	30	1002	436	1052	466	886	363	72	45	31	20	16	19	47	19

Karl Schiller.

Rapport

öfver operationer utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska Afdelnings patienter år 1893.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder			Operationens utgång					Anmärkningar.
			under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	
Operationer å Ben.											
Amputation:											
å armen	1	Laceratio brachii	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Neuralgia post. amput.	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ lår	1	Arthroit. genu tuberc.	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Cancer anticruris	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ underben	1	Elephantiasis pedis	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Ulcera anticrur.	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	2	Laceratio pedis & crur.	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ fingrar och tår	4	Panaritium	—	4	—	4	—	—	—	—	
„ „ „	2	Laceratio	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ „ „	2	Gangræna	—	1	1	2	—	—	—	—	
„ „ „	1	Anchylosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ „	8	Fractura compl.	—	8	—	8	—	—	—	—	
„ „ „	2	Congelatio	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ „ „	1	Eczema chr.	—	—	1	1	—	—	—	—	
Osteotomi och uppmejsling af ben	1	Abscessus tibiæ	—	1	—	1	—	—	—	—	
„	3	Exostosis	1	2	—	3	—	—	—	—	
„	5	Osteitis tibiæ	—	5	—	5	—	—	—	—	
Osteotomia curviformis	4	Curvatura rachit. tibiæ	4	—	—	4	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder. under 15 år.	16 55 år.	över 55 år.	Operationens utgång god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	Anmärkningar.
Osteotomia cuneiformis . .	12	Pes varo-equ. congen. . .	—	2	—	2	—	—	—	—	
Sequsetrotomi	1	Necrosis	3	8	—	11	—	—	—	—	
Operation för pseudart. .	2	Pseudarthrosis	—	2	—	2	—	—	—	—	
Trepanation af craniet . .	1	Abscessus cerebri	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „ . .	1	Fractura compl. cranii . .	—	1	—	1	—	—	—	—	
Trepan. och utskrap. af antr. Highmori	1	Empyema antri. Highm. .	—	—	1	1	—	—	—	—	
Utskrapning	13	Osteitis	—	13	—	13	—	—	—	—	
„	1	Necrosis femoris	1	—	—	1	—	—	—	—	
„	5	Osteomyelitis	1	4	—	5	—	—	—	—	
„	1	Caries costæ	1	—	—	1	—	—	—	—	
Resection (partiel) af öfverkäk . . .	2	Polypus nasopharyng. . .	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ underkäk . . .	1	Cancer maxill. inf. . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ coccyx	1	Coccygodynia	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ refben	1	Actinomycosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operationer å ledgångar, senor och senskidor.											
Exarticulation af underkäken	1	Periostitis et osteitis chron.	1	—	—	1	—	—	—	—	
Exartic. i fotleden . . .	1	Gangræna pedis	—	1	—	1	—	—	—	—	Lis Franc.
„ i tå- o. fingerleder	4	Congelatio	—	3	1	4	—	—	—	—	
„ „ „	2	Contractura	—	2	—	2	—	—	—	—	
Resektion el. arthrectomi:											
i höftled	12	Coxitis tuberc.	11	1	—	12	—	—	—	—	
i knäled	2	Arthroitis genus	1	—	1	1	1	—	—	—	
„	5	Gonitis tuberc.	4	1	—	5	—	—	—	—	

Resektion el. arthrotomi:											
i fotled	1	Arthroitis pedis	1	—	—	1	—	—	—	—	
i armbågsled	2	„ tuberc.	1	1	—	2	—	—	—	—	
Utskrapning af fotled	2	Arthroitis pedis	1	1	—	2	—	—	—	—	
Arthrotomi + drainage	1	Omarthritis	—	—	1	1	—	—	—	—	
Sensöm och muskelsöm	10	Vulnus incis. v. serrat.	1	6	3	10	—	—	—	—	
Tenotomi	1	Pes varoequ. paral. v. cong.	1	—	—	1	—	—	—	—	
Operation	2	Contractura digit.	—	—	2	2	—	—	—	—	
Radikaloperation	22	Bursitis	—	20	2	22	—	—	—	—	(Punct. + inj. i 2 fall.)
Punct. + injektion	13	Synovitis chron.	4	9	—	13	—	—	—	—	
„ „	1	Hæmatoma bursae praep.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Exstirpation	2	Ganglion	—	2	—	2	—	—	—	—	
Extension forcé	4	Contractura coxae	4	—	—	4	—	—	—	—	
Exstirpation	1	Tendovaginitis tuberc.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Exstirpatio tali	1	Luxatio & fractura tali	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operationer å kärl- och nervsystemet.											
Exstirpation	4	Varices	—	4	—	4	—	—	—	—	
Ligatur	1	Aneurysma	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operation	1	Spina bifida	1	—	—	1	—	—	—	—	
Plastiska operationer.											
Harläppsoperation	5	Harläpp	5	—	—	5	—	—	—	—	
Transplantation	2	Ulcus frontis	1	1	—	2	—	—	—	—	
„	1	Vulnus sclopetarium	—	1	—	—	—	1	—	—	
Uranoplastik	2	Palato-urano scissis	—	2	—	1	1	—	—	—	
Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.											
Exstirp. af lymfkörtlar	39	Lymphomata colli	17	20	2	39	—	—	—	—	
„ „ tumörer:											
„ „ cancer	2	Cancer gland. lymph.	—	—	2	2	—	—	—	—	
„ „ „	2	„ penis	—	—	2	2	—	—	—	—	
„ „ cysta	4	Cysta	1	2	1	4	—	—	—	—	
„ „ adenoma	7	Adenoma	—	7	—	7	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder. under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	Operationens utgång god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	Anmärkningar.
Exstirp. af angioma . . .	2	Angioma	2	—	—	2	—	—	—	—	
„ „ papilloma . .	2	Papilloma	—	—	2	2	—	—	—	—	
„ „ lipoma	6	Lipoma	—	3	3	6	—	—	—	—	
„ „ fibrosarcoma . .	1	Fibrosarcoma	—	—	1	1	—	—	—	—	
„ „ fibrom	2	Fibroma	—	1	1	2	—	—	—	—	
Operationer å hufvud och hals.											
Excisio	1	Cancer oris	—	1	—	1	—	—	—	—	
„	3	„ linguæ	—	2	1	3	—	—	—	—	
„	1	„ labii inf.	—	—	1	1	—	—	—	—	
Cricotracheotomi	9	Laryngitis croupösa . . .	9	—	—	4	—	—	5	—	
„	1	Stenosis laryngis tuberc. .	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operat. för Periostitis orbitæ	1	Periostitis orbitæ	—	1	—	1	—	—	—	—	
Utskrapning + cauterisation	2	Lupus faciei	1	1	—	2	—	—	—	—	
Exstirpatio	1	Struma parenchym. . . .	1	—	—	1	—	—	—	—	
Operationer å bröst och buk.											
Amputation af bröstkörtel .	14	Cancer mammæ	—	9	5	14	—	—	—	—	
„ „ „ .	1	Mastitis suppur.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Utskrapning	1	Fistulæ mammæ	—	1	—	1	—	—	—	—	
Thoracot. + Resectio costæ	13	Empyema	3	10	—	11	—	—	2	—	
„ „	1	Pyopneumothorax	—	1	—	—	—	—	1	—	
Resectio costar.	1	Fistula thoracis post. Emp.	1	—	—	—	1	—	—	—	
Thoracocentes	1	Pleuritis exsudat.	1	—	—	1	—	—	—	—	
Paracenthesis abdom. . .	2	Ascites	2	—	—	2	—	—	—	—	
Laparotomi	1	Tuberculosis peritonei . .	1	—	—	1	—	—	—	—	

Laparotomi (explorat)	1	Cancer peritonei	—	—	1	1	—	—	—	—	Inoperabel.
„ „	3	Cancer ventr. et hepatis	—	2	1	2	—	—	1	—	„
„	2	Ileus	1	—	1	2	—	—	—	—	
„	1	Cholelithiasis	—	—	1	—	—	—	1	—	
„	1	Peritonitis supp.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Gastrostomi	3	Strictura (cancer) oesophagi	—	—	3	1	—	—	2	—	
Gastrectomi	1	Cancer pylori	—	—	1	—	—	—	1	—	
Gastro-enterostomi	4	Cancer ventric. (inoperabilis)	—	4	—	4	—	—	—	—	
Nephrotomi	2	Tuberculosis renis	—	2	—	1	1	—	—	—	
Nephrectomi	2	„ „	—	2	—	2	—	—	—	—	
„	1	Ren cysticus	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operation för perityphlit	5	Perityphlitis supp.	1	4	—	4	—	—	1	—	
„ „ appendicit	4	Appendicitis (fritt intervall)	—	4	—	4	—	—	—	—	Radikaloperation.
Herniotomi	2	Hernia inguinal incarc.	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ + radikalop.	3	„ „ „	1	2	—	3	—	—	—	—	
„ „	3	„ crural.	—	3	—	3	—	—	—	—	
Radikalop. för rörl. bråck	36	Hernia inguinal. mobilis	10	20	6	29	6	—	1	—	Bassinis op. 7 ggr.
„ „ „ „	3	„ „ irreponib.	—	3	—	3	—	—	—	—	Bassinis op. 1 gång.
„ „ „ „	6	„ crural. mobilis	—	6	—	6	—	—	—	—	
„ „ „ „	1	„ ingu. congenit	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ „ „	2	„ lineæ albæ	—	2	—	2	—	—	—	—	

Operationer å bäcken och manliga genitalia.

Operation	1	Atresia ani + fistula recto-vagin.	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ för ändtarmsfistel	15	Fistula ani	3	12	—	15	—	—	—	—	
„ f. hæmorrhoid. tumör.	14	Tumores hæmorrhoidales	—	12	2	14	—	—	—	—	Ligaturer 12; Cauterisation 2
Amputation af ändtarmen	2	Cancer recti	—	1	1	1	—	—	1	—	
Blåssnitt (sectio alta)	1	Lithiasis vesicæ	—	—	1	—	—	—	1	—	
„	1	Cystitis chronica	1	—	—	1	—	—	—	—	
„	1	Lithiasis vesicæ + cancer	—	—	1	—	1	—	—	—	
Lithotripsi + litholapaxi	1	Lithiasis vesicæ	—	—	1	—	1	—	—	—	
Inre urethrotomi	1	Strictura urethræ	—	—	1	1	—	—	—	—	
Operation för phimosis	2	Phimosis congenita	2	—	—	2	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder: under 15 år.	16—55 år.	över 55 år.	Operationens utgång: god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	Anmärkningar.
Operation för paraphimosis	1	Paraphimosis	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „ hydrocele testis	6	Hydrocele testis	—	4	2	6	—	—	—	—	Puntion jodinjekt. i 4 fall.
„ „ hæmatocele	2	Hæmatocele „	—	—	2	1	1	—	—	—	„ i båda fallen.
„ „ spermatocele	1	Spermatocele „	—	1	—	1	—	—	—	—	„
„ „ pyocele funic. sperm.	1	Pyocele funiculi spermat.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Radikaloperation	1	Hydrocele funiculi	—	1	—	1	—	—	—	—	
Exstirpation af testis	1	Tuberculosis testis	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ „	3	Orchitis suppurat	—	3	—	3	—	—	—	—	
„ „ „	1	Kryptorchismus	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „ „	1	Sarcocele testis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Exstirpation af bubon	8	Bubo inguinalis	—	8	—	8	—	—	—	—	
Dilatation forcé	1	Contractura ani	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	2	Fissura ani	—	2	—	2	—	—	—	—	
Punctio vesicæ suprapubica	1	Retentio urinæ + strict. urethræ	—	—	1	1	—	—	—	—	
Gynekologiska operationer.											
Ovariotomi	5	Kystoma ovarii	—	4	1	5	—	—	—	—	
Hysterectomi	1	Myoma uteri	—	1	—	1	—	—	—	—	
Castratio	2	„ „	—	2	—	2	—	—	—	—	
Colpoperineoraphi	2	Prolapsus uteri et vaginæ	—	2	—	2	—	—	—	—	
Operation för placentarpolyp	1	Polypus uteri	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ parametritis	1	Parametritis supp.	—	1	—	1	—	—	—	—	

Ögonoperationer.

Operation för ectropium	2	Ectropium	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ „ trichiasis	2	Trichiasis	—	2	—	2	—	—	—	—	
Bowmans operation	4	Dacryocystit vel Stenos. can. lacrym.	—	4	—	4	—	—	—	—	
Stillings „	10	Daeryocystit vel Stenos can lacrym.	2	8	—	10	—	—	—	—	
Sclerotomi	1	Glaucoma	—	—	1	1	—	—	—	—	
Iridectomi	1	Leucoma	—	—	1	—	—	1	—	—	Optiskt syfte.
„	2	Iritis (recidiverande)	—	2	—	2	—	—	—	—	
„	1	Glaucoma	—	—	1	1	—	—	—	—	
Starrextraction	3	Cataracta senilis	—	1	2	2	1	—	—	—	
Starrdiscision	2	„ cong.	2	—	—	2	—	—	—	—	
„	1	„ traumat	—	1	—	1	—	—	—	—	
Enucleatio bulbi	3	Glaucom	—	3	—	3	—	—	—	—	
„ „	4	Panophtalmitis	—	3	1	4	—	—	—	—	

Öronoperationer.

Öppnande af Cellulæ Mastoideæ	5	Otitis media	2	2	1	5	—	—	—	—	
Utskrapning af proc. Mastoid.	1	Cholesteatom	1	—	—	1	—	—	—	—	

Öfriga operationer.

Uskrapning	1	Abscessus tubercul.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operation	13	Abscessus frigidus	4	8	1	13	—	—	—	—	Punctio + inject. emuls. jodofomii.
Radikaloperation	17	Unguis incarnatus	—	17	—	17	—	—	—	—	
Utskrapning	1	Vulnus sclopetarium	1	—	—	1	—	—	—	—	
Cauterisation	1	Nævus	—	1	—	1	—	—	—	—	
Excision	2	Ulcus vel cicatrix	—	2	—	2	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder			Operationens utgång					Anmärkningar.
			under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	
Excision	1	Furunculus	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operat. för karbunkel . .	1	Carbunculus	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ Extractio . . .	1	Corpus. peregrinum . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	
Cauterisation	1	Granuloma	—	1	—	1	—	—	—	—	
Operation	1	Deformites septi narii . .	—	1	—	1	—	—	—	—	
Summa	560		122	369	69	527	14	2	17	—	

Sålunda hafva å patienter, som längre eller kortare tid legat å sjukhusets kirurgiska afdelning utförts . . . . . 560 operationer.
Å polikliniska patienter ha utförts . . . . . , ... 680 operationer.

Summa 1240 operationer.

Dessutom hafva utförts mindre kirurg. ingrepp i 179 fall.

Karl Schiller.

Rapport

öfver operationer poliklinisk utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska Afdelning år 1893.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Operationer å Ben.								
Amputation af fingrar och tår	7	Komplicerad fraktur	7	—	—	—	—	
" " " " "	7	Vulnus ictum vel lacerat . .	7	—	—	—	—	
" " " " "	2	Necrosis	2	—	—	—	—	
" " " " "	1	Congelatio	1	—	—	—	—	
" " " " "	3	Gangræna	3	—	—	—	—	
Uppmejsling o. utskrapn. af ben	3	Osteomyelitis vel caries . . .	3	—	—	—	—	
Sequestrotomi	12	Necrosis	12	—	—	—	—	
Utskrapning af ben	22	Osteitis vel Periostitis . . .	22	—	—	—	—	
" " "	4	Necrosis	4	—	—	—	—	
Trepanatio Antri Highmori .	5	Catarrhus vel Empyema A. H.	5	—	—	—	—	2 Catarh., 3 Empyema.
Redressement forcé	2	Snedläkt fraktur	2	—	—	—	—	
Operationer å ledgångar, senor och senskidor.								
Exarticulation af fingrar o. tår	3	Vulnus laceratum	3	—	—	—	—	
" " " " "	1	Anchylosis	1	—	—	—	—	
" " " " "	1	Neuralgia	1	—	—	—	—	
Arthrotomi	1	Arthroitis	1	—	—	—	—	
Ledpunktion + sköljning . .	4	Synovitis	4	—	—	—	—	
Utskrapning af ledgång . . .	1	Arthroitis tubercul.	1	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Reposition af Luxatio humeri	18	Luxatio humeri	18	—	—	—	—	
„ „ „ cubiti	5	„ cubiti	5	—	—	—	—	
„ „ „ pollicis	1	„ pollicis	1	—	—	—	—	
Sen och muskelsöm	20	Vulnus incisum vel serratum	20	—	—	—	—	
Tenotomi	1	Torticollis	1	—	—	—	—	
Operat. för Crispat. tend.	3	Crispatura tendinum	3	—	—	—	—	
„ „ Bursitis	7	Bursitis	7	—	—	—	—	
„ „ ganglion	5	Ganglion	5	—	—	—	—	(Enkel punktion 1, Exstirp. 2, Punktion + jodoforminjektion 1.)
„ „ tendovaginit	1	Tendovaginitis tubercul.	1	—	—	—	—	
Extension forcé	3	Contractura genu	3	—	—	—	—	
„ „	2	„ digitorum	2	—	—	—	—	
Redressement forcé	8	Pes varo-eqvinus congen.	8	—	—	—	—	
Plastiska operationer.								
Operationer å läpp	4	Labium leporinum	4	—	—	—	—	
„ för Anchyloglossum	2	Anchyloglossum	2	—	—	—	—	
„ Syndactyli	1	Syndactylia	1	—	—	—	—	
„ Atresia ani	2	Atresia ani	2	—	—	—	—	
„ digit. supernumer.	4	Digiti supernumerarii	4	—	—	—	—	
Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.								
Exstirpation af lymfkötlar	26	Lymphadenitis tuberc.	26	—	—	—	—	(Exstirp. 14, Excochl. 12.)
„ „ cancroid	5	Cancroid å läpp	5	—	—	—	—	
„ „ cancer	23	Cancer	23	—	—	—	—	
„ „ osteom	1	Osteom	1	—	—	—	—	
„ „ sarkom	2	Sarkom	2	—	—	—	—	

Exstirpation af cysta	88	Cysta	88	—	—	—	—	
„ „ angioma	26	Angioma	26	—	—	—	—	
„ „ papillom	6	Papilloma	6	—	—	—	—	
„ „ fibrom	5	Fibroma	5	—	—	—	—	
„ „ lipom	7	Lipoma	7	—	—	—	—	
„ „ granulom	5	Granuloma	5	—	—	—	—	
„ „ fibro-sarkom	4	Fibrosarcoma	4	—	—	—	—	
Utskrapning af atherom	5	Cysta atherom. supp.	5	—	—	—	—	
Operat. för verruca	3	Verruca	3	—	—	—	—	
„ „ nævus	3	Nævus	3	—	—	—	—	
„ „ cicatrix	2	Cicatrix	2	—	—	—	—	
„ „ tuberc. dolor.	1	Tubercul. dolorosum	1	—	—	—	—	
„ „ psoriasis labii	2	Psoriasis labii	2	—	—	—	—	
„ „ cysta hæmorrh.	1	Cysta hæmorrhagica	1	—	—	—	—	
Cauterisation af teleangiectasi	20	Teleangiectasia	20	—	—	—	—	

Operationer å hufvud och hals.

Tonsillotomi	56	Hypertrophia tonsillarum	56	—	—	—	—	
Operat. för Epulis	3	Epulis	3	—	—	—	—	
„ „ näspolyp	20	Polypus nasi	20	—	—	—	—	
„ „ adenoida veget.	30	Vegetation adenoideæ pharyng.	30	—	—	—	—	
„ „ Struma	1	Struma cystica	1	—	—	—	—	Injektion af jod.

Operationer å bröst och buk.

Thoracotomi	1	Empyema	1	—	—	—	—	
Excochleatio	1	Fistula thoracis	1	—	—	—	—	

Operationer å bäcken och genitalia.

Dilatation af urinröret	8	Strictura urethræ	8	—	—	—	—	
Operation för periurethrit	1	Periurethritis supp.	1	—	—	—	—	
„ „ phimosis	2	Phimosis congenita	2	—	—	—	—	
„ „ hydrocele testis	16	Hydrocele testis	16	—	—	—	—	(Punktion + injektion 9,
„ „ funicali	1	„ funiculi	1	—	—	—	—	punctio sempl. 7.)
„ „ spermatocele	1	Spermatocele testis	1	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Operation för paraphimosis . .	1	Paraphimosis	1	—	—	—	—	
Dilatation forcé	10	Contractura vel fistula ani . .	10	—	—	—	—	
Operat. för ändtarms framfall .	3	Prolapsus recti	3	—	—	—	—	
„ „ analfistel	4	Fistula ani	4	—	—	—	—	
„ „ urinrörspolyp . .	1	Polypus urethræ	1	—	—	—	—	
		Ögonoperationer.						
Bowmans operation	4	Dacryocystitis	4	—	—	—	—	
Stillings „	22	„	22	—	—	—	—	
Operation för chalazion . . .	9	Chalazion	9	—	—	—	—	
„ „ strabism . . .	8	Strabismus	8	—	—	—	—	(Converg. 7, diverg. 1)
„ „ pterygium . .	1	Pterygium	1	—	—	—	—	
		Öronoperationer.						
Operat. för öronpolyp . . .	5	Polypus meat. audit. ext. . .	5	—	—	—	—	
Uppmejsling af proc. mastoid .	2	Otitis media	2	—	—	—	—	
		Öfriga operationer.						
Cauterisation	1	Lupus erythemat.	1	—	—	—	—	
„ + Excochleation .	22	Lupus	22	—	—	—	—	
Operat. för inväxt nagel . .	10	Unguis incarnatus	10	—	—	—	—	
„ „ onycomycosis . .	1	Onycomycosis	1	—	—	—	—	Evulsio ungvis
„ „ tuberk. sår o. fistlar	8	Ulcera et fistulæ tubercul. . .	8	—	—	—	—	Excochteatio.
„ „ hudtuberkulos . .	12	Tuberculosis cutanea	12	—	—	—	—	
„ „ kall abscess . . .	5	Abscessus frigidus	5	—	—	—	—	Punct. + inject jodoform.
„ „ hæmatoma . . .	1	Hæmatoma	1	—	—	—	—	
Extract. af främ. kroppar . .	8	Corpora aliena	8	—	—	—	—	
Summa	680		680	—	—	—	—	

Antalet besökande å polikliniken har under året uppgått till 27,218 eller i medeltal 89 per dag.

På icke ordinarie mottagningstider ha inkommit och behandlats 2,212 skadade personer.

Bland polikliniskt behandlade ha upptecknats följande:

för Struma	1
„ Näsblödning	3
„ Främ. kropp i svalg	4
„ Oesophagus strictur	2
„ Luxatio humeri	4
„ „ pollicis	2
„ „ digitorum	1
„ „ patellæ	1
„ Fractura claviculæ	6
„ „ colli humeri	6
„ „ humeri diafys	6
„ „ „ cubiti	7
„ „ antibrachii	5
„ „ ulnæ	1
„ „ radii	83
„ „ digitor	3
„ „ femoris	4
„ „ anticruris	2
„ Reposition af paraphimosis	3
„ Bråck (taxis)	3
„ Spondylit (gipscorsett)	2
„ Carbunculus	5
„ Extract. af främ. kroppar	25
Summa	179

Dessutom har å polikliniken utförts en otalig mängd incisioner för abscesser o. phlegmoner, tandextraktioner samt en massa mindre ingrepp, som ej så noga kunna specificeras.

Karl Schiller.

Af opererade hafva 18 aflidit.

№ 1—5. Fem barn i en ålder från 1 år, 7 mån— 5 år efter tracheotomi för Croup.

№ 6. En 61 års man, 15 dagar efter radikal operation för fritt bråck (Hernia inguinal. mobilis) af hjärtparalysi (Cor adiposum).

№ 7. En 58 års qvinna, 4 dagar efter pylorusresection för Cancer pylori af hjärtinsufficiens (Brun atrofi).

№ 8. En 25 års qvinna, 15 dagar efter Thoracotomi + Resectio costæ för Empyema af pyæmi.

№ 9. En 73 års qvinna, 4 dagar efter laparotomia explorativa för tumor abdominis (Cancer hepatis) af hjärtinsufficiens och allmän carcinos.

№ 10. En 56 års qvinna, 3 dagar efter gastrostomi för Cancer oesophagi af pneumoni på grund af cancerns genombrott inåt ena bronchen.

№ 11. En 14 mån. flicka, 3 dagar efter Thoracotomi + resectio costæ för empyem af bronchopneumoni.

№ 12. En 62 års hustru, 12 dagar efter gastrostomi för strictura oesophagi (Cancer) af allmän kraftnedsättning.

№ 13. En 65 års qvinna, 6 dagar efter laparotomi för cholelithiasis af pneumoni.

№ 14. En 58 års man, 6 dagar efter sectio alta för lithiasis vesicæ af hjärtparalysi (fetthjärta).

№ 15. En 69 års qvinna, 1 dygn efter amputatio recti för cancer recti af shock.

№ 16. En 33 års man några timmar efter thoracotomi för empyem af sepsis.

№ 17. En 67 års qvinna $5^1/_2$ månad efter cholecystotomi för Icterus chronicus af cancerkakexi (Cancer duct. choledochus).

№ 18. En 25 års qvinna, 5 dagar efter operation för suppurativ perityphlit af våldsamma och blodiga kräkningar (antagligen kloroformefterverkningar).

Dödsprocenten å alla opererade utgör sålunda, om de af croup döda ej medräknas, 1 %; å de å sjukhuset intagna patienter, som opererats, 2,3 %.

Karl Schiller.

Af icke opererade hafva 17 aflidit.

№ 1. En 31 års qvinna, som inkom för gangræn i ena fotens tår, efter 2 dagar af icterus med symptom af bloddissolution.

№ 2. En 64 års man, som inkom för urinrörsstrictur med urininfiltration af hjärtinsufficiens (fetthjärta), 5 dagar efter inkomsten.

№ 3. En 40 års man, som genom ett fall ifrån en ställning rupturerat lefvern och ena njuren, af shock.

№ 4. En 70 års man, 23 dagar efter inkomsten af sepsis. Hade en utbredd phlegmone öfver ena armen samt dessutom en stor abscess vid lefverns undre yta.

№ 5. En 38 års qvinna 2 mån. o. 7 dagar efter combustio af allmän kraftnedsättning. Hade tredje gradens förbränning å båda armarne och stora ytor af bröst och rygg.

№ 6. En 68 års man, som inkom med cystit, strictur och urininfiltration, efter 8 dagar af sepsis

№. 7. En 24 års man, som inkom för Fractura columnæ vertebralis, efter 11 dygn af lungödem.

№ 8. En 70 års man, som inkom med en stor fäkal abscess, hvilken utgått från proc. vermiformis och spontant brutit genom bukväggen, afled efter 14 dagar af sepsis.

№ 9. En 2 års flicka efter 1 dygn af Noma.

№ 10. En 68 års man, som inkom med pyelonefrit, cystit och en stor paranefritisk abscess efter 2 dagar af septichæmi.

№ 11. En 41 års man, som inkom för urinretention + cystitis, efter 4 dagar af miliartuberkulos.

№ 12. En 41 års qvinna, som inkom med ett stort bäckenexsudat och peritoniska symptom, afled efter 8 dagar af peritonitis supp. Bäckenexsudat befanns vid sektionen orsakadt af en graviditas tubaria.

№ 13. En 52 års man, som inkom för ett större vulnus å halsen (conamen suicidii), afled efter 6 dagar af pneumoni.

№ 14. En 4 års flicka efter ett dygn af Combustio.

№ 15. En 33 års man, som inkom för Angina Ludovici, dog efter 1 dygn af sepsis.

№ 16. En 57 års man afled 11 dygn efter inkomsten af kronisk nefrit + hjärtdegeneration. Inkom för gangrænösa sår å underbenet.

№ 17. En 41 års qvinna, som inkom för häftiga uterinblödningar, afled efter 2 dygn af purpura variolosa.

Karl Schiller.

1893. Skadade genom olyckshändelse.

Orsaker: Fall på marken, utför trappor, och från ställningar	124
skadade på fartyg	10
„ „ järnväg	5
„ „ sågverk	1
„ „ tröskverk	11
„ „ andra maskiner	12
„ „ genom annan person	12
„ „ bergsprängning	5
„ „ klämning	5
„ „ åkning, körning	28
„ „ ridt	4
„ „ förbränning	12
„ „ „ af kaffe	2
„ „ „ „ fotogén	1
„ „ „ „ gröt	1
„ „ „ „ grädde	1
„ „ nedfallande föremål	47
„ „ knif	9
„ „ yxa	1
„ „ järnflis	6
„ „ djurs åverkan	8
„ „ skottskada	4
„ „ stenflis	4
„ „ järnspets	4
„ „ förfrysning	3
„ „ fall från en höjd	18
Summa	228

Af dessa personer hafva 4 aflidit:

Dödsorsakerna hafva varit:

1) Ruptura hepatis et renis dxt. 2) Combustio. 3) Fractura columnæ vertebralis. 4) Combustio + Prostratio virium.

Karl Schiller.

Summariskt sammandrag af årsrapporterna från Kirurgiska afdelningen under 1882-1893.

År	Antal vårdade sjuke	Döde	Antal operationer	Intagna i följd af olyckshändelse	Antal sjukbesök på poliklinikken
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
1893	1265	35	1240	228	27218

Cryptorchismus bilateralis. Reposition medelst operation.

Af A. Lindh.

Som bekant brukar testikeln vid denna åkomma ligga antingen inuti buken, i inre inguinalöppningen, i inguinalkanalen eller i yttre inguinalöppningen. Detta testikelns läge minskar ofta i hög grad dess egares arbetsförhet genom de olägenheter, det medför. Inklämning med inflammatorisk ansvällning och häftiga plågor förekomma ofta. Bråck tillstöter ej så sällan. Slutligen inträder vanligen atrofi (fettdegeneration och fibrös skrumpning) af testikeln. Man anser också, att åkomman i hög grad disponerar för cancer i testikeln. Så anför Fischer 40 fall af dylik kräfta, och Kocher lägger dertill ytterligare 14 fall. Tills pubertetsåldern inträder, kan man hafva förhoppning, att testikeln af sig själf så småningom nedstiger i scrotum, men efter denna tid lär det sällan hända.

Hvad behandlingen beträffar, så försökes först med *oblodig reposition*. Man försöker upprepade gånger under en längre tid att med fingrarne skjuta ned testikeln. Denna behandling kan dock ofta ej användas, emedan vid denna åkomma testikeln är särdeles öm och känslig. Dock händer det någon gång, att det lyckas. Jag erinrar mig, att jag för ett par år sedan blef rådfrågad för en sådan patient om 2 à 3 års ålder. Jag tillrådde föräldrarne att försöka den manuela behandlingen och blef mycket öfverraskad, då jag några få veckor derefter blef underrättad, att pat. blifvit fullkomligt återställd.

Ibland har man försökt, att med ett särskildt konstrueradt bråckband trycka ner testis.

Den blodiga repositionen (Schüller och Kocher) synes icke vara så särdeles ofta utförd och har ofta misslyckats. Efter en lyckad operation försvinna plågor och besvär, men atrofien qvarstår naturligtvis, om pat. redan genomgått pubertetsåren. Operationen passar derför bäst för yngre barn.

Exstirpationen synes hittills hafva varit den mest använda metoden och skulle väl hafva sina indikationer, om testikeln är sjuk, om atrofi redan inträdt, och om svårare bråck komplicerar åkomman. Dock synes det väl vara skäl att i alla händelser försöka skona en frisk testikel.

Som exempel på en blodig reposition ber jag få anföra följande fall.

En 12 års gosse intogs $^{8}/_{9}$ 92 på sjukhuset med dubbelsidig kryptorchism. Testes lågo innanför inguinalkanalernas yttre mynningar och hade gifvit anledning till ofta upprepade besvär och plågor. De ömmade starkt för beröring. Dock gjordes under ett par veckor upprepade försök att skjuta dem nedåt, dock utan nytta för pat., som plågades mycket vid dessa manipulationer. Derför gjordes $^{27}/_{9}$ operation på venstra sidan och $^{21}/_{10}$ på högra sidan. Operationen gick så till, att den starkt stramande sädessträngen lösgjordes och fripreparerades från peritonealsäcken, hvilken hopsyddes och afknöts så högt upp som möjligt. Nu kunde testikeln neddragas ett godt stycke nedom inguinalkanalens mynning och fästas med några silkesuturer till botten af scrotum, som invaginerades. Läkningen försiggick utan något störande afbrott, och testiklarne kommo slutligen att få sitt läge permanent i öfversta delen af scrotum. Gossen blef fullkomligt fri från alla besvärligheter och har d. 22 April 93 visat sig i Läkaresällskapet.

Lauenstein har i Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892 refererat ett dylikt fall, der dock operationen misslyckats, och den atrofiska testikeln återtagit sin gamla plats, men fallet var af stort intresse, derför att, då Lauenstein $2^{1}/_{2}$ år derefter återsåg den 15-årige gossen och opererade honom för ett bråck å samma sida, hvarvid den förut för-

gäfves reponerade testikeln borttogs, testikelns storlek och väfnad var normal, oaktadt ett fullständigt afbrott och defekt fanns i vas deferens, och oaktadt testikeln icke vidare afsöndrade något sekret.

I sammanhang med denna historia omnämner Lauenstein, att vi hafva så godt som ingen säker kännedom om kryptorchistiska testiklars funktionela förhållande hos menniskan. Dock antyda vissa kända fakta hos djur, att den i bukhålan eller i inguinalkanalen qvarliggande testikeln kan vara fullkomligt funktionsduglig. Så berättar Lauenstein, att han på en sommarresa sammanträffat med en svin-kastrerare, som årligen brukade använda sin konst på bortåt 12,000 svin. Sedan Lauenstein sett, huru han på en qvarts timme kastrerade ett dussin galtar, frågade han honom om hans erfarenhet beträffande den kryptorchistiska testikelns funktionsduglighet hos svinen. Svin-operatören berättade då på trovärdigt sätt, att han i början af sin "operativa" verksamhet hos sådana galtar, som endast hade en kännbar testikel, endast borttog denna. Men snart märkte han, att dessa djur det oaktadt utvecklade sig till fullkomligt "Zeugungsfähigen Ebern." Sedan han upprepade gånger gjort denna erfarenhet, aflägsnade han vid kastrationen också städse den i bukhålan qvarblifna testikeln.

Med anledning af detta samtal anser L., att en kryptorchistisk testikel med normal form och storlek hos menniskan ock bör anses kunna vara fysiologiskt normal.

Denna fråga är af synnerlig vigt, isynnerhet som man vid radikaloperation för ljumskbråck ofta kan vara frestad att exstirpera den testikel, som icke ligger på sin normala plats, för att säkrare kunna stadigt läka bråcket.

Trenne ileusfall

Af A. Lindh.

1. *Ileus tillföljd af invaginatio coli.*

Gossen Gunnar Landqvist, 6 år, intogs d. $^{8}/_{2}$ 93 å sjukhuset. Han hade lång tid lidit af "trög och klen mage". För 3 dagar sedan började pat. klaga öfver smärtor i buken, hvilka ökades, och kräkningar tillstötte. På 2:dra sjukdomsdagen en liten öppning af normalt utseende. Sedan afgick ljusröd blod flera gånger, till sist dock bara slem. Kräkningarne, som ibland varit illaluktande, hafva uppträdt, så fort han druckit något och äfven deremellan.

Pat. ser blek och dålig ut, men är icke kollaberad. Pulsen hastig, men rätt kraftig. Har ofta kräkningar. Buken ej uppdrifven och ej i sin helhet öm, endast öfver venstra sidan, hvarest kännes en tydlig, korfformig resistens. Per anum kännes långt upp en tumör af slemhinnebeskaffenhet, som alldeles utfyller tarmlumen.

Några timmar efter inkomsten *laparotomi*. Sedan colon framdragits genom buksåret, befanns colon transversum och öfre delen af colon descendens invaginerade i flexura sigmoidea Repositionen gick i början lätt, sedan med större svårighet. I öfre delen af colon descendens kändes liksom en förtjockning af tarmväggen. Buksåret hopsyddes och förband anlades.

$^{10}/_{2}$. Haft öppning i går. Pulsen mycket hastig, 150.

$^{17}/_{2}$. Allmänna tillståndet rätt godt, något febril (39,8^{0}). Öppning med ricinolja, såret läkt. Buken mjuk och oöm.

$^{20}/_{2}$. Har nu haft öppning med piller och lavemang hvarje dag. Fått stark flytning ur venstra örat, hvilket kan förklara den temperaturförhöjning, han sista tiden haft.

$^{9}/_{3}$. Haft dubbelsidig otitis jämte parotit de sista veckorna. Tunna, illaluktande öppningar. Nu feberfri och betydligt bättre.

$^{14}/_{3}$. Får kläder.

$^{18}/_{3}$. Utskrifves frisk.

$^{22}/_{3}$. Visade sig i Läkaresällskapet; fortfarande frisk.

Som man ser, var diagnosen i detta fall jämförelsevis lätt att göra. Pat. hade i venster sida en korfformig tumör, som äfven kändes vid palpation genom anus. Han hade flera gånger haft afgång af blod och slem per anum. Symptomen af sjukdomen hade plötsligt uppträdt. Att fallet öfvergick till helsa, derför hade man väl att tacka den omständigheten, att det operativa ingreppet kunde göras så tidigt, att repositionen af invaginationen lätt lyckades. Orsaken till invaginationen torde dock i detta fall vara svår att bestämma. Måhända kunde den ofvannämda förtjockningen i colon descendens haft något inflytande på uppkomsten af sjukdomen.

Diagnosen på intussusception kan jämförelsevis rätt ofta ställas, så att vi mera bestämdt kunna i sjukdomens början operatift ingripa än vid andra inre inkarcerationer af obekant orsak. Sjukdomens uppträdande hos barn, den plötsliga början af alla symptom hos förut alldeles friska individer, den akuta, häftiga smärtan i buken, qväljningarne, kräkningarne, tenesmerna i anus, blod- och slemafgången från rectum, vidare uppträdandet af en palpabel buktumör, som ofta förändrar sin konsistens och sin storlek och äfven ofta kan kännas genom ändtarmen — alla dessa mer eller mindre befintliga symptom göra ofta diagnosen möjlig såväl vid akut som kroniskt förlopp. Allt detta gör, att denna ocklusionsform är af större intresse än andra.

Braun har i Archiv f. Chirurgie 1886 skrifvit en god afhandling om denna sjukdom och har hopsamlat 61 opererade fall. Af dessa opererades 51 med laparotomi och 10 med enterostomi. Alla de sistnämda fallen dogo. I den första gruppen lyckades desinvaginationen i 27 fall, af hvilka 11 räddades och 16 dogo. I 11 af de fall, der invaginationen icke kunde reponeras, gjordes resektion. Endast 1 fall räddades efter denna operation.

Prognosen för tarmresektion och enterostomi vid invagination är således mycket dålig. Intet barn under $^1/_2$ år blef räddadt genom operation. Den omständigheten, att

genom operation ingen enda patient, hos hvilken invaginationen var irreponibel, räddades, bör ytterligare uppmana oss att så tidigt göra laparotomi vid invagination, att densamma ännu är reponibel.

2. *Ileus tillföljd af striktur eller kronisk inflexion (?).*

Arbetaren K. E. Börjesson, 30 år, intogs å Sjukhuset d. $^{28}/_{3}$ 93. Vårdades å medicinska afdelningen i September förlidet år för ileus och hade då liknande symptom som nu, om ock i mindre grad. Dessförinnan hade han tvenne gånger haft samma åkomma, fastän ännu lindrigare. Alltsedan han kom från sjukhuset hade han då och då varit sjuk 2 à 3 dagar å rad med förstoppning, krampaktiga smärtor mellan nafveln och bröstet samt kräkningar. För 9 dagar sedan började ånyo de gamla symptomen. Hela veckan hade han kramp i magen, kräkningar och, med undantag af ett par små lösa afföringar, fullständig förstoppning. För 3 dagar sedan fäkala kräkningar. Intogs först å medicinska afdelningen, men remitterades efter några dagar till den kirurgiska, emedan tillståndet icke förbättrades.

Pat. ser mycket mager och dålig ut. Starka fäkala kräkningar. Puls 93, mycket liten. Temperatur afebril. Svåra smärtor i nafveltrakten. Ingen afföring och ingen afgång af flatus. Urinen håller ej albumin. Från bröstets organer ingen anmärkning. Buken betydligt spänd och uppdrifven. Konturerna af tarmslyngorna afteckna sig genom bukbetäckningarne, då tarmperistaltiken blir starkare. Under epigastrium framhvälfver sig en bred tarmslynga, som antages vara den utspända colon transversum. Äfven coecum tyckes utspänd, fastän icke så tydligt. Efter magsköljning, hvarvid en mängd fäkalt luktande maginnehåll uppkom, hafva kräkningarne upphört. Efter stora lavemang hafva tunna fæces i mycket ringa mängd afgått och äfven något väder. Men, då tillståndet såg lika hotande ut, gjordes d. 29 mars

Colotomi. Snitt öfver coecum, som var utspänd och straxt bjöd sig i såret. Insnittet i bukväggen var litet, och endast en liten yta af coecum fastsyddes i såret. Dagen derpå gjordes incision i blindtarmen, hvarvid en myckenhet tunnflytande fæces utrann.

$^{1}/_{4}$. I går öppning per anum efter glycerinlavemang. Tillståndet efter operationen ganska tillfredsställande.

$^{1}/_{5}$. Under den förflutna tiden har tillståndet varit tämligen enahanda. Vanligen afföring såväl genom anus præternaturalis i mängd som äfven efter glycerinlavemang den naturliga vägen. Pat. hade till en början någorlunda matlust, men denna har de sista veckorna varit något sämre. Krafterna vilja ej återkomma. Buken sammansjunken, ömmar ej och gifver ej anledning till oro. Ingen tumör kan deri upptäckas. Någon gång kräkningar.

$^{31}/_{5}$. Tillståndet har under sista veckorna varit rätt ombytligt. En gång var jag nästan betänkt på att ånyo öppna anus præternaturalis, som redan fullständigt tillslutit sig, emedan pat. började få ileussymptom: kräkningar, förstoppning, plågor och meteorism, men med laxantia förbättrades tillståndet, så att han, då han i dag utskrifves, är frisk och kry.

$^{7}/_{7}$. Visade sig mycket frisk och fri från sjukdomssymptom.

Att jag i detta fall icke gjorde laparotomi utan direkt colotomi, berodde derpå, att jag ansåg det af anamnesen framgå, att pat. led af en kronisk striktur eller kronisk inflexion. Han hade ju upprepade gånger haft anfall af ileus. Under sådana förhållanden — och isynnerhet då man som i detta fall kan diagnosticera hindret i groftarmen — plägar ofta en förberedande enterostomi vara fördelaktigare än en laparotomi för den nedsatta patienten. Det händer då rätt ofta, att sjukdomssymptomen försvinna, och t. o. m. att den bildade anus præternaturalis så småningom sluter sig, som den också gjort i detta fall. Skulle man, då buken några dagar efter operationen blir mjukare och lättare att palpera, finna, att en striktur af malign beskaffenhet förefinnes, så blir naturligen då en laparotomi + tarmresektion lättare att utföra än under det akuta ileusstadiet. Skulle man komma underfund med, att tarmvredssymptomen berott på en kronisk inflexion med många och starka adherenser, så tror jag för min del, att det är rådligare för den sjuke att hafva sin anus præternaturalis qvar som en säkerhetsventil än att genomgå den i sådant fall mycket svåra och farliga radikaloperationen.

I detta fall är jag naturligen beredd att ånyo få se pat. inkomma å sjukhuset med nytt recidiv af ileus och

likaså beredd att åter få öppna hans tillslutna sår i coecum och möjligen sedan få göra en explorativ laparotomi.

3. *Ileus i följd af inre inkarceration.*

Enkan Anna Karlsson, 64 år, intogs å sjukhuset d. $^{15}/_{4}$ 93 för fractura malleolaris, som uppkommit derigenom, att pat. fått benet i ett hål å golfvet, hvarvid hon fallit omkull. För öfrigt tillståndet utan anmärkning. $^{17}/_{4}$. Sedan i förrgår ingen öppning. Flera stora lavemang utan verkan. Kräkningar. $^{20}/_{4}$. Kräkningarne och förstoppningen fortfara. Litet väder afgår ibland. Buken dock mjuk och föga uppdrifven. Stora lavemang utan verkan. Pat. vill ej höra talas om operation. $^{22}/_{4}$. Kräkningarne, som äro gallfärgade, lukta mycket illa, men ej fäkalt. Med magsköljning i går uttömdes en stor mängd tunnflytande ventrikelinnehåll. Ett par gånger efter lavemanger hafva dessa utkommit något fäkalt färgade och luktande. Buken mjuk, ej spänd och icke ömmande. Pulsen god. Pat:s allmänna tillstånd dock i hög grad försämradt och nedsatt, antyder, att letal utgång snart kan inträffa.

Pat. medgifver nu operation, hvarför denna dag — d. $^{22}/_{4}$ — gjordes *laparotomi.* I bukens medellinie ett 12 ctm. långt snitt. En sammanfallen tunntarmslynga fattades och fixerades af assistenten, medan jag följde fortsättningen af tarmen, tills jag kom till ett ställe, der utspänd tarm mötte. I öfvergången mellan den sammanfallna och utspända slyngan märktes å tarmen en ringformig, smal snörfåra, antydande att tarmen varit inklämd i något peritonealhål. Något divertikel märktes ej. Emellertid hade under dessa manipulationer nästan hela tunntarmen kommit utanför buksåret, och det var med mycken svårighet, den slutligen kunde åter införas i bukhålan och buksåret sammanfästas.

Redan på operationsdagen erhöll pat. lavemang, som utkommo exkrementblandade och luktande, men först dagen derpå erhöll hon en riklig afföring. Tillståndet efter operationen i det hela tillfredsställande, fastän pat. var matt och svag. Ingen feber förrän d. $^{25}/_{4}$, då temperaturen steg till 38,8^{0}.

$^{26}/_{4}$ hördes krepiterande rassel och bronchialrespiration å venstra lungan, och pat. fick sig en rätt svår lunginflammation, som ytterligare nedsatte krafterna. Men redan d. $^{28}/_{4}$ började febern sjunka till 38^{0}, och tillståndet började förbättras.

$^{29}/_{4}$. Förbandombyte. Såret läkt per primam.

$^{4}/_{5}$. Tillståndet ytterligare förbättradt. Pat. de sista dagarne feberfri. Ännu rassel i lungan och hosta. Hvarannan dag rikliga afföringar efter lavemang.

$^{3}/_{6}$. Utskrefs pat. Hon hade nu vistats uppe under 8 à 10 dygn och varit fullt återställd. Hade svårt att gå på grund af benbrottet, men hennes tarmkanal funktionerade hela tiden utan anmärkning.

$^{7}/_{7}$. Visade sig, frisk.

Detta fall af ileus kunde jag således följa från allra första början, emedan här åkomman började några dagar efter hennes intagande å sjukhuset. Hon hade aldrig förut lidit af dylika symptom, ej heller af svårare förstoppning. Man kunde redan af det plötsliga förloppet med sannolikhet antaga, att en strangulations-ileus här förelåg. Vidare förefunnos starka skäl att förmoda, det hindret för tarmpassagen satt tämligen högt upp i tunntarmen, dels emedan de häftiga och kopiösa kräkningarne ej voro fäkala, och dels derför att någon egentlig, anmärkningsvärd meteorism ej visade sig. Först på sjunde dygnet efter sista afföringen medgaf pat. operation. Någon annan operativ åtgärd än laparotomi kunde tydligtvis icke ifrågakomma, ty en enterostomi hade naturligen — ifall diagnosen besannade sig — varit alldeles ändamålslös på en högt upp liggande tunntarmslynga och med möjligen förhandenvarande gangrän å det strangulerade tarmpartiet. Operationen blef emellertid ganska besvärlig. Största delen af tunntarmen kom slutligen utanför bukhålan och var som vanligt sedan svår att reponera, men det inkarcererade stället upptäcktes dock, som väl var fritt från brand. Deremot kunde icke utredas, huru inkarcerationen uppkommit. Någon brid eller divertikel kunde ej kännas, hvarför det är antagligt, att tarmslyngan varit inklämd i någon utbugtning af peritoneum. Egendomligt är ock, att den djupt nedsatta patienten kunde åter friskna till, fastän hon till råga på allt fick en svår pneumoni redan på 4:de dagen efter operationen.

Stor blodsvulst i högra axillen.

Af A. Lindh.

Hustrun A. K. J., 49 år, intogs på Sjukhuset d. $^{15}/_{4}$ 93. För omkring 2 år sedan märkte pat. i högra axelhålan en hasselnötstor knöl, som var oöm, lätt förskjutbar och icke smärtsam. Den har efter ansträngande arbete svält an och blifvit större så småningom, men dock aldrig värkt eller varit öm förrän nu på sista tiden. Läkare hafva rådfrågats och då föreskrifvit jodpensling och varma grötar. Efter denna behandling skall tumören ibland hafva blifvit mindre. D. 1 Mars detta år punkterades knölen af läkare, hvarvid blod utrann. Någon pulsering i densamma har pat. aldrig förmärkt. 4 dagar före inkomsten började svulsten "bränna het" och tilltaga i storlek, så att den på några timmar svälde an både framtill och baktill och intog den storlek, den nu har.

Status præsens d. $^{16}/_{4}$. Pat. är mycket mager, ser blek och lidande ut med nedsatta krafter. Pulsen är liten och svag. Högra axillen är utfyld af en tumör, stor som tvenne knytnäfvar. Den buktar ut mest åt framsidan, der den når upp mot clavicula; nedåt når den 4 ctm. från bröstvårtan samt åt sidan 7—8 ctm. från sternums midt. Den är spänd och öfver allt fluktuerande. Närmast under armen är huden mycket tunn, hvadan der snart ett genombrott kan befaras. I närheten deraf en mindre, starkt pigmenterad nævus. Ingen pulsation förmärkes i tumören. Ej heller höras vid auskultation något anmärkningsvärdt. Pulsen å båda radialartererna lika. Vid punktion å inkomstdagen utstörtade mörk blod i kraftig stråle. Inga ansvälda körtlar märktes någonstädes. Intet anmärkningsvärdt från öfriga organ.

Pat. önskade ifrigt att blifva qvitt sin åkomma, fastän hon underrättades, att operationen var af farlig beskaffenhet. Hon medgaf äfven, att eventuelt armen skulle få exartikuleras, ifall det skulle visa sig nödigt för tumörens fullständiga exstirpation, om den var af malign beskaffenhet.

$^{17}/_{4}$. *Operation.* Först frilades arteria subclavia, och silkesligatur fördes under densamma för att i händelse af häftig blödning kunna ligeras. Derpå lades snitt öfver svulsten, hvarvid dess tunna kapsel lederades och en del svart, tjärlik vätska utrann. Tumören, som var upptapetserad på axillarkärlen, borttogs utom den del, som var mera intimt förenad med kärlskidan och icke kunde exstirperas, utan att de stora kärlen och nerverna skadats, och då hela svulsten hade utseende af en icke malign blodcysta, ansågs det ej vara skäligt att exartikulera armen för att ernå fullständig exstirpation. Under operationen var blödningen måttlig, så att ligatur på art. subclavia ej var nödig. Såret tamponerades med jodoformgas och hopsyddes till största delen. Den borttagna svulstens kapsel var ungefär $^{1}/_{2}$ ctm. tjock och hade på sin insida talrika större och mindre knottror, hvilka vid genomsnitt hade en svart snittyta och voro tämligen lösa.

Doktor Tirén, som benäget undersökte svulsten, har derom meddelat följande: "Den uttagna svulstmassan är af ungefär knytnäfves storlek och mörkt rödbrun färg, på ytan begränsad af en tämligen tjock och fast bindväf, från hvilken skjuta in i svulstmassan talrika septa. Konsistensen mot periferien allt fastare, i det inre lös, mörjigt sönderfallande. Mikroskopisk undersökning visar ett dels storcelligt dels småcelligt *sarcoma melanodes.*

$^{23}/_{4}$. Efter operationen tillståndet ganska tillfredsställande, fastän pat. var nedsatt och svag. Aftontemperaturen knappast 38^{0}. Ingen nämvärd blödning från såret. Tråden, som qvarlegat bakom art. subclavia, borttogs i dag.

$^{5}/_{5}$. Tillståndet hela tiden tillfredsställande. Pat. har varit klädd och uppe under en vecka. Såret öfver claviculan läkt, under axillen ännu en öppen fistelgång. Ännu ej tecken på recidiv. Utskrefs i dag.

Jag har omnämt detta fall, dels derför att en dylik tumör i axelhålan är ganska ovanlig, dels derför att diagnosen hade sina svårigheter. Man kunde tänka på ett aneurysma, ett angiom eller blodcysta eller en mycket kärlrik, smältande malign tumör. Vid punktion framstörtade blod i kraftig stråle och tumören fluktuerade starkt. Men, då intet karakteristiskt surrande eller blåsande ljud hördes öfver tumören, och radialpulsen var lika kraftig å den sjuka

som friska sidan, vändes tanken genast från antagandet af ett aneurysma. Deremot kunde svulsten mycket väl vara ett angiom eller blodcysta, ty sådana tumörer förekomma i denna region. Äfvenså antogs möjligheten af närvaron af en malign, blodrik tumör, fastän en sådan diagnos dock icke stöddes af några körtelsvullnader i angränsande regioner. Pat. gaf också på förhand sitt medgifvande till armens exartikulation, ifall svulsten var af malign art och icke kunde på annat sätt fullständigt aflägsnas.

För att kunna beherska den starka blödning, som här var att vänta dels genom svulstens möjliga kommunikation med de stora kärlen dels genom möjligheten, att samma kärl lätt kunde skadas under operationens gång, ansåg jag mig böra blottlägga arteria subclavia för att i händelse af behof kunna underbinda densamma.

Emellertid försiggick operationen under mindre blödning, än jag väntat, och, då tumörens beskaffenhet och utseende var sådant, att jag icke kunde säkert veta, om här en blodcysta eller annan tumör förelåg, afstod jag tillsvidare från den förtviflade utvägen att exartikulera armen, i förhoppning att tumören skulle visa sig vara af godartad beskaffenhet. Detta hopp blef besviket, ty tumören var, som redan är nämdt, af värsta sort och hade väl inom mycket kort tid recidiverat, äfven om jag totalt kunnat exstirpera densamma med uppoffring af armen.

P. Vogt (Die chirurg. Krankheiten der oberen Extremitäten) nämner såsom självständiga, *primärt* i axelhålan uppkomna svulster, endast lymfomer, fibromer, aneurysmer och angiomer. Mycket sällsynt förekommer, säger han, derstädes ett sig primärt utvecklande carcinom. Om sarkom talar han ej.

Aneurysma arteriæ tib. posticæ.

Af A. Lindh.

Muraren A. H., 52 år, intogs å sjukhuset d. $^{18}/_{4}$. För 3 veckor sedan fick han värk i venstra foten. Smärtorna flyttade sig sedan upp i vaden, som började svullna och kännas pulserande. Pat. vet ingen orsak till sin åkomma. Har aldrig varit utsatt för något yttre våld å benet. Förnekar syfilis. Rätt mycket ägghvita i urinen. Har nu ständig, mycket svår värk i benet, hvilken tilltager, då pat. går eller låter benet hänga. Å venstra vadens insida synes en pulsation, som lyfter hela öfre delen af vaden. Pulsationen nästan samtidig med radialpulsen. Vid palpation kännes en fluktuerande, äpplestor, pulserande tumör bakom tibia, 8—10 ctm. nedom knävecket. Vid auskultation öfver densamma höres ett blåsande ljud. Pat. allmänt illamående, febril och har rassel i båda lungorna i följd af kronisk bronchit.

Sedan pat:s allmänna tillstånd förbättrats, gjordes d. $^{23}/_{4}$ *radikaloperation*. Huden genomskars straxt bakom tibia. Sedan musc. soleus blifvit vid sitt fäste genomskuren och den djupa fascian öppnad, frilades tillförande arteren straxt ofvan tumören och underbands, hvarefter befanns, att pulsationen i arteria dorsalis pedis upphört. Derpå uppklipptes hela aneurysmasvulsten och befriades från blodkoagula. Den afförande arteren fattades med en Péans pincett likasom ett par andra arteröppningar. Nu aflossades Esmarchs binda, hvarefter ånyo någon blödning från svulsten uppkom, så att ytterligare några klämpincetter måste anläggas. Alla dessa pincetter qvarlemnades i såret, som tamponerades med jodoformgas. Den underbundna tillförande arteren var tydligen art. poplitea, men aneurysmet synes dock hafva utgått från a. tibialis postica samt småningom derifrån utvidgat sig uppåt till a. poplitea. Efter operationen kändes venstra foten något kallare än den högra samt var mera blek. En känsla af domning qvarstod.

$^{25}/_{4}$. Borttogs jodoformgasen, och sekundär sutur anlades med dränage.

$^{5}/_{5}$. Måttlig sekretion från såret. Kanterna hafva skilt sig åt. En 5-örestor gangränös fläck å utsidan af benet straxt ofvan malleolen. Pat. har ännu någon värk och domning i foten, som dock ser bra ut. Allmänna tillståndet godt, och ingen feber efter operationen.

$^{31}/_{5}$. Operationssåret läkt sedan flera dagar. I natt ett anfall af andtäppa. Ingen feber. Ingen albumin i urinen i dag. Perikarditiska gnidningsljud. Puls intermittent.

Derefter led han under de närmaste dagarne af såväl perikardit som endokardit, hvarför han öfverflyttades på med. afdelningen, der han d. $^{27}/_{6}$ afled.

Sektionen (Dr Köster) visade en täml. färsk perikardit med luddiga, lätt till hvarandra adhererande perikardialblad, hjertat 13×14 ctm. stort, kamrarne betydligt dilaterade, å aortavalvlerna hopar af små sammanhängande knottror, tämligen lätt lossnande. Å venstra ventrikelns insida endokardiet i ung. 1 ctms utsträckning straxt nedanför aortavalvlerna ulcereradt, besatt med lätt lossnande, rödaktiga knottror, efter hvilkas afskrapande tydlig ulceration framträder. Auriklar utan anmärkning. Aortavalvlerna sluta ej, i aorta börjande arterioskleros. Från öfriga organ intet att anmärka. Motsvarande midten af fossa poplitea befinnes art. poplitea vara oblitererad och fyld af en vid väggen fastsittande, i organisation stadd trombmassa, som fortsattes kontinuerligt ned i underbenets arterer till ungefär dess midt. Arterererna äro å flera ställen kalkvandlade. Suturställena med qvarliggande suturer tydliga, inga tecken till retning i deras omgifning.

Då aneurysmer i art. tibialis postica icke äro så särdeles vanliga, har jag velat omnämna detta fall. Kinloch har 1882 sammanstält 22 fall af dylika aneurysmer.

Cancerös förträngning af ductus choledochus. Cholecystotomi.

Af A. Lindh.

Enkan Johanna Magnusson, 64 år, öfverflyttades från med. afdelningen d. $^{7}/_{12}$ 92. Hon hade under många år haft sura uppstötningar och smärtor i epigastrium. Sedan april mattighet. Vid inkomsten på med. afdelningen d. $^{27}/_{7}$ hade hon en mycket stark ikterisk färg å hud, ögon och slemhinnor. Ikterisk urin och köttfärgade exkrementer. I buken kändes lefvern mycket förstorad och sträckande sig nästan ända till nafveln. Pat. utskrefs derifrån $^{29}/_{11}$ subjektift förbättrad, men med oförminskad ikterus. Inkom ånyo efter några dagar, emedan hon öfverfallits af smärtor öfver hela buken, frysningar och mattighet.

Status præsens d. $^{14}/_{12}$. Pat. är mycket mager och starkt bronsfärgad å hud, scleræ och slemhinnor. Pat., som vid inkomsten kände starka smärtor öfver buken, är nu alldeles smärtfri. *Buken* frambuktar något nedanför nafveln. Betäckningarne slappa. Vid djup palpation kännes en större resistens, sannolikt den förstorade lefvern, i högra delen af buken. Den kan palperas från högra bröstkorgsranden och i epigastrium, sträckande sig på höger sida nedåt mot nafveln, och derifrån stigande uppåt mot venstra refbensranden. Den kännes ganska fast och något ojämn på ytan samt försedd med 2:ne tydliga inskärningar på högra kanten. Den ömmar något litet. Lefvern når uppåt till 5:te refbenet. Ingen gallblåsa kan palperas. I högra fossa iliaca, i trakten af blindtarmen kännes också en resistens, som är smal, långsträckt, ganska fast och något ömmande, sträckande sig nedåt mot symfysen. Perkussionstonen öfver den dämpad. Urinen starkt mörkgul, något slemmig och grumlig, sur, ger Gmelins gallfärgämnereaktion, men håller ej albumin. Fæces lösa och kittfärgade.

$^{29}/_{12}$. *Cholecystotomi.* Snitt parallelt med högra bröstkorgsranden. Efter bukhålans öppnande befanns colon trans-

versum fast och intimt adherent till lefverranden. Med någon svårighet aflossades ett stycke deraf, så att ett par fingrar kunde införas under lefvern. Gallblåsan kändes hafva måttlig storlek, var tämligen väl fyld och hade på sin yta flera hårda knottror, men innehöll inga stenar. Ej heller några konkrement i ductus cysticus. Omkring ductus choledochus och lefverkärlen en hård och fast, omfångsrik kaka, som ansågs vara antingen en tumörmassa eller svåliga adherenser. Några konkrement kunde ej urskiljas i denna svulst. Den förstorade lefverns yta erbjöd intet anmärkningsvärdt. Gallblåsan fästades nu med 5 suturer till peritoneum parietale, hvarpå en del af buksåret hopfästades, sedan dock först tumören i fossa iliaca blifvit undersökt. Den kändes som en hård och fast, till bukväggen adherent knöl, utgående från blindtarmen. Denna tumörs beskaffenhet tycktes också tala för, att en malign nybildning förelåg vid hilus hepatis.

$^1/_1$ 93 öppnades gallblåsan, hvarvid utrann tjock, seg galla. Inga stenar kunde med sonden påträffas.

Af dagantecknigarne efter operationen framgår, att tillståndet hela tiden varit jämförelsevis godt utan feber och smärtor. Galla afsöndrades rikligt, ibland tunn och varblandad och af fadd lukt. Pat. var till en början mycket dåsig och somnolent, men fick snart vistas uppe. Aptiten hela tiden ovanligt god. Hon tålte godt allehanda födoämnen. Men den starka ikteriska hudfärgen qvarstod hela tiden oförändrad. Likaså urin och exkrementer som förut. Tumören i fossa iliaca minskades allt mer och var d. $^{19}/_1$ alldeles försvunnen. Gallfisteln hela tiden öppen. Pat. hade således kunnat utskrifvas ganska snart från sjukhuset, men, då hon önskade qvarblifva, fick hon stanna för att observeras.

Under senare hälften af april månad började hon dock försämras. — Blef sängliggande, mera slö och apatisk. Dessa symptom tilltogo så småningom, så att hon d. $^{10}/_6$ blef oredig. Död d. $^{12}/_6$. Vid sektionen anmärktes inga patologiska förändringar i andra organ. Beträffande lefvern och dess omgifning meddelar doktor Tirén följande:

Väfnaden i porta hepatis och utefter gallgången till tunntarmen utgöres af en enda knölig och i snittet svålig väfnad med hasselnötstora och större tumörmassor af en ljust grågul färg, ur hvilken den karakteristiska kräftsaften

kan utpressas. Denna väfnad förtränger ductus choledochus till den grad, att en fin sond ej kan passera. Lefvern visar här och där dels på ytan dels i parenkymet knappnålshufvudstora till hasselnötstora, metastatiska tumörer, dock ej talrika. För öfrigt är lefvern af vanlig storlek, har något skarp och ojämn främre kant. Snittytan något lindrigt knottrig, bindväfven i portasträngarne förökad, i de finaste förgreningarne omfattande grupper af lefveracini och sålunda framkallande den ofvan bemärkta knottrigheten (lefvercirrhos). Gallgångarne inuti lefvern betydligt utvidgade.

Mikroskopisk undersökning af de anmärkta tumörerna visar carcinom med cellrik typ och tendens till sönderfall. I lefvern dessutom lefvercirrhos.

Från andra organ intet att anmärka.

Cancer ventriculi. Gastro-enterostomi.

Af A. Lindh.

Hemmansegaren J. J. J., 44 år, intogs å sjukhuset d. 18/4 93. Sedan 2 år tillbaka har pat. haft symptom af maglidande ss. sura uppstötningar, sveda och värk i maggropen, hvartill på senare tiden kommit kräkningar, som inställt sig när som helst på dagen, men oftast efter måltiderna. Har dock icke kräkts efter hvarje måltid och ej heller större massor på en gång. Aldrig blodkräkningar. Haft trög afföring. God matlust. Rådfrågade för 1 månad sedan läkare, som fann, att pat. hade en knöl under maggropen. Pat. har magrat på sista tiden.

Status præsens. Pat., som icke är så synnerligen mager, har något gulbrun ansigtsfärg. Tungan ej belagd. Aptit tämligen god. Afföringen trög. God sömn. Puls lugn och jämn. Från hjerta och lungor intet att anmärka. I epigastrium kännes en horisontalt liggande, 6—7 ctm. lång, rörlig, hård och något ömmande tumör, som dock är täml.

smal och utan större svårighet låter något förskjuta sig. Lefvern ej palperbar. Vid magsköljning fanns en stor mängd matrester, som legat qvar i ventrikeln flera dagar. Urinen albuminfri.

$^{20}/_{4}$. *Gastro-enterostomi.* Cancersvulsten var rätt stor och omfattade större delen af ventrikels högra hälft och gick rundt omkring pylorus. Som en mängd körtlar såväl i oment. majus som minus voro svullna och degenererade, samt tumören dessutom var delvis fästad vid pankreas baktill, afstods från resektion. I stället gjordes gastro-enterostomi. Den första tunntarmslynga, som fattades med handen, var just öfversta delen af jejunum. Densamma fästades enligt v. Hackers metod vid bakre delen af det friska partiet af ventrikeln, sedan ett tillräckligt stort hål trubbigt gjorts i mesocolon, och dettas sårränder blifvit fastsydda vid magsäcken. Slyngan fastgjordes så, att det afförande stycket fick riktning från venster till höger. Inalles anlades 42 suturer mellan ventrikel och tarm. Pat. tålde operationen, som räckte $1^{3}/_{4}$ timme, rätt godt, och hans befinnande efter densamma var hela tiden tillfredsställande. Jämte närande lavemang fick han redan på 2:dra dagen mjölk i små portioner.

$^{27}/_{4}$. Såret läkt per primam.

$^{3}/_{5}$. Utskrifves. Pat. har god aptit. Inga kräkningar. Inga plågor. Ser frisk ut.

Öfverläkare D:r A. LINDH: **Har Kloroformnarkosen visat sig medföra några farliga eftervärkningar under de närmaste dagarna efter sitt användande.**

Det är bekant, att under de senare åren en och annan stämma höjt sig, påstående, att kloroformnarkosens eftervärkningar ibland icke äro så ofarliga, som man ansett dem vara. Emellertid nämnas i de kirurgiska läroböckerna intet ord härom; man behandlar i dessa böcker endast de akuta kloroformförgiftningar, som förekomma under operationerna. Men äfven härvidlag börjar man tvingas erkänna, att kloroformen är långt farligare, än man förut trott. 1863 uppskattade SAMSON dödsfallen under kloroformnarkosen till 1 : 14000, 1888 beräknade NUSSBAUM siffran till 1 : 11—12000, och i dessa dagar uppgifver GURLT dödsprocenten till 1 : 2574. Att emellertid kloroformnarkosen ibland kan medföra obehagliga och oroande eftervärkningar, är nogsamt bekant. Den förorsakar ju rätt ofta långvariga, ibland flere dagar fortsatta kräkningar, som i hög grad nedsätta de opererade. Alla veta vi, att hjärtverksamheten efter en kloroformering mången gång kan blifva mycket svag och intermittent under flere timmar, t. o. m. några dagar, och det kan icke vara tal om, att det är själfva det operativa ingreppet, hvilket ibland kan vara rätt obetydligt, som orsakar dessa symptom från hjärtat.

En och annan af oss har förmodligen också sett någon gång kloroformens menliga inverkan på njursekretionen o. s. v. Att dessa symptom blifva mera framträdande, då organen äro sjuka, t. ex. om ett fetthjärta, ett lunglidande, en nefrit förekommer, veta vi också af erfarenhet. Men kan värkligen kloroformnarkosen orsaka döden under de närmaste dagarna efter sitt användande och detta till och med fastän pat. varit, som det tycks, jämförelsevis välmående under någon tid efter narkosen? Det är detta, som ej är fullt klart utredt.

Ur den mig tillgängliga literaturen i ämnet tillåter jag mig relatera följande:

Ur en uppsats i Berliner klin. Wochenschrift 1885 af REHM om »Chloroformsucht» må anföras, att FAURE, SNOW, NUMELEY och SEDILLOT anse, att kloroform äger förmåga att upplösa röda blodkroppar, hvilket skulle kunna förklara den hematogena ikterus, som ibland uppkommer efter kloroformförgiftning.

UNGAR (Centralblatt für Chirurgie 1887) uppräknar de afhandlingar, som redan för längre tid tillbaka beröra detta ämne, nämligen CASPER, Die chronische Cloroformvergiftung 1850, BEREND, zur Chloroformkasuistik, NOTHNAGEL, Die fettige Degeneration der Organe bei Æther — und Chloroformvergiftung 1866, GADING, Über die Ursachen und Leichenerscheinungen des Chloroformtodes 1879. UNGAR har själf i det farmakologiska institutet i Bonn företagit en serie experiment i detta hänseende, hvilka äro af stort intresse.

Redan förut (1883) hade UNGAR tillsammans med JUNKERS anställt dylika försök, som äro offentliggjorda i JUNKERS' dissertation: »Über fettige Entartung in Folge von Cloroforminhalationen» 1883. De senare experiment han gjort på kaniner och hundar bekräfta, att kloroform förorsakar en fettdegeneration af hjärta, lefver och njurar samt diafragma och andra tvärstrimmiga muskler. Den sålunda började degenerationen kan under vissa förhållanden göra ytterligare framsteg, och hjärtat kan vid en starkare kroppsansträngning, vid häftig sinnesrörelse, vid upprepad kloroformering upphöra att göra tjänst, och döden följa. Författaren varnar därför för mycket långvariga kloroformnarkoser t. ex. vid svåra operationer i bukhålan, vid tetanus och eklampsi o. s. v. Vidare anmärker han, att just de personer, som undergått en långvarig narkos, till följd af större blodförlust, efterföljande feber, långvarigt sängliggande, dålig näring och dålig sjukhusluft äro i och för sig själfva redan mer disponerade för fettdegeneration, hvartill nu kloroformnarkosen kommer såsom ett plus. Särskildt anses de narkoser, som med korta uppehåll (en eller några dagar) upprepas, farliga. Många fall, hvilka anses hafva slutat dödligt till följd af akut sepsis, shock, karbolintoxikation, o. s. v. torde, om man ser saken från rätta sidan, enligt författaren vara kloroformdödsfall. Då slutligen vid hafvandeskap och förlossningar en mycket förökad disposition för fettdegeneration förefinnes, så förkastar UNGAR på det strängaste kloroformerande vid normal partus.

STRASSMANN (Centralblatt für Chirurgie 1889) har kontrollerat dessa UNGARS uppgifter genom försök på hundar och därvid kommit till följande slutsatser:

1). Efter längre kloroformering af hundar låter sig påvisas en fettdegeneration af lefvern och slutligen af hjärtat men sällan i andra organ;

2). Ibland förorsakar en långvarig kloroformering hundens död efter slutad narkos, fastän hunden varit skenbart fullt frisk t. o. m. 30 timmar efter narkosen;

3). Då i de fall, som slutat med döden, affektionen åt hjärtat varit synnerligen starkt utvecklad, så har man skäl att antaga, att just detta varit orsaken till döden;

4). I de fall, som öfvergått till hälsa, har degenerationen efter få veckor gått tillbaka;

5). Försvagande inflytande såsom hunger, blodförlust o. s. v. gynna uppträdandet af ofvan nämnda sjukliga förändring i organen, hvilken kommer mindre lätt till stånd hos kraftiga och unga djur;

6). En samtidigt företagen morfininsprutning är fördelaktig, emedan då mängden använd kloroform blir mindre.

7). Kattor och kaniner visa ett något afvikande förhållande mot hundar, beträffande följderna af långvarig kloroformnarkos, hvarför man bör vara försiktig i sina slutsatser, om ofvan stående iakttagelser tillämpas äfven på människor.

OSTERTAG (Berliner klin. Wochenschrift 1890) har i det patologiska institutet i Berlin gjort en stor mängd försök på djur, hvilka experiment i öfverensstämmelse med STRASSMANNS försök bevisa, att

under vissa förhållanden en långvarig kloroformering kan förorsaka döden långt efter slutad narkos.

De organiska förändringar, som uppträdde hos försöksdjuren voro fettinfiltration i lefvern, fettdegeneration af hjärtats och skelettets muskalatur, af njurarna och magen. Uppträdande af gallfärgämne i urinen talade för, att kloroforminandning kan orsaka förstörelse af röda blodkroppar.

Thiem och Fischer (Centralblatt für Chirurgie 1890) hafva på 4:de dagen efter narkosen förlorat en stark, 36-årig patient på grund af kloroformens dödsbringande efterverkningar. Med anledning däraf företogo de en serie undersökningar, hvaraf framgår, att efter kloroformering kloroform oförändrad öfvergår i patientens urin och kan uppvisas där ibland ända till 8 à 12 dagar efter narkosen. Vidare hafva samma författare gjort sektion på 5 försöksdjur, hvilka dels hafva dött någon tid efter narkosen af kloroformens eftervärkningar dels blifvit direkt dödade af kloroforminandning. De vanliga patologiska fenomen, som förut andra forskare uppgifvit, funnos äfven här: fettdegeneration af lefver, hjärta, njurar, mag- och tarmkörtlar. Samma förändringar i inre organer hade också visat sig vid obduktionen af den patient, som enligt hvad ofvan nämndes dött efter kloroformnarkos.

De slutsatser, som T. och F. draga af sina undersökningar, äro: upprepade kloroformeringar kort tid efter hvarandra böra undvikas; en sjuk får först åter kloroformeras, då, oafsedt andra kontraindikationer, hans urin icke mera reducerar den Fehlingska lösningen. Svaghetstillstånd efter blodförluster, shock o. s. v. bjuda stor försiktighet vid användande af kloroform. Äfven en italienare Bastionelli (ref. i Centralblatt f. Chirurgie 1892) anser sig hafva förlorat tre patienter till följd af kloroformens eftervärkningar. Hos alla dessa hade själfva kloroformnarkosen förlupit utan anmärkning, och operationerna hade icke varit särdeles långvariga. Men redan första dagen efter operationen eller ännu senare inställde sig stor oro, kräkningar och patienterna dogo under kollapssymptom 3 à 4 dagar efter operationen. Vid sektionen fattades alla spår af inflammation å de resp. operationsställena, men däremot fans en tydlig fettdegeneration af hjärta, lefver och njurar. Författaren har ock funnit, att en hel mängd dylika kloroformintoxikationer icke sluta med döden, men då det är ett faktum, att kloroformvärkningarna kunna vara flere dagar, är det läkarens plikt att icke förr företaga en andra kloroformering på samma patient, än följdsymptomen efter den förra narkosen äro öfvervunna. Krecke, som refererat denna uppsats, instämmer med Bastianelli, och erinrar sig från Heinckes klinik 2:ne dödsfall, som berott på kloroformens eftervärkningar.

Balzow (Moskau) har enligt Virchow—Hirsch offentliggjort ett fall — en 17-års yngling, som dog 3 timmar efter en med föga blodförlust förbunden knäledsresektion. På grund af svaghet i pulsen måste under operationen upphöras med kloroformen. Måttlig fettdegenaration af hjärtat. Förf. anser döden böra tillskrifvas kloroformen. Patein (Paris) har skrifvit en afhandling (Virchow—Hirsch 1888) de l'albuminurie consecutive aux inhalations chloroformiques, hvaruti

han säger, att ägghvitehalten icke står i proportionelt förhållande till narkosens varaktighet och till blodförlusten.

LUTRE (Jahresbericht VIRCHOW—HIRSCH 1891) har offentliggjort en afhandling »Über den Einfluss der Chloroformnarcose auf die menschliche Niere», i hvilken han bestrider — efter försök på 27 kvinnor — att kloroformen har någon inflammationsuppväckande värkan på njurarna, emedan han icke funnit några fibrincylindrar vid den albuminuri, som ganska ofta ansluter sig till en kloroformnarkos, och som kan räcka 1—22 dagar. Han anser, att albuminurins storlek står i proportionelt förhållande till den förbrukade kloroformens mängd.

KAST och MESTER (Jahresbericht VIRCHOW—HIRSCH 1892) hafva skrifvit i Zeitschrift für Medicin en uppsats öfver »Stoffwechselstörungen nach länger dauernder Chloroformnarcose.»

RINDSKOPF (Münchener med. Wochenschrift 1893?) har också offentliggjort en afhandling om kloroformens eftervärkningar på njurarna. Hos 93 i judiska sjukhuset i Berlin kloroformerade fann han 31 gånger säkra, kvalitativa förändringar i urinen — 6 gånger ägghvita, 6 gånger ägghvita + cylindrar, 19 gånger cylindrar och 19 gånger epitel o. s. v.

Hvad nu min egen erfarenhet beträffar, har jag haft den tillfredsställelsen att aldrig få se någon person dö i följd af kloroformnarkosen under själfva operationen på operationsbordet, men däremot sett några fall, som jag misstänkt hafva dött i följd af kloroformens eftervärkningar några dagar *efter* operationen.

Jag skall anföra några. Dock först ett fall, som tydligen hade varit utsatt för narkosens eftervärkningar, men som dock gick till hälsa.

1). En 38-års man, som det tycktes, frisk och kraftig, opererades den $^2/_2$ 93 för en hönsäggstor, ytlig ateromcysta å låret. Således en obetydlig operation. Ett par timmar efter operationen fick han ett särdeles svårt anfall af hjärtpares med pulslöshet, andtäppa, cyanos o. s. v. Först efter upprepade insprutningar af eter, kamfer m. m. lyckades det efter några timmar att få honom återställd. Något hjärtfel kunde icke vid undersökning före operationen upptäckas. Han utskrefs frisk efter 11 dagar.

2). En 25-års frisk kvinna opererades den $^6/_6$ 87 för ett litet fritt ingvinalbråck. Operationen mycket lätt, räckte endast en kort stund. Pat. mådde fullkomligt väl — utan feber och peritonealretning — 4 dagar efter operationen, då hon helt plötsligt kollaberade och dog inom en timme under symptom af hastig, oregelbunden och svag hjärtvärksamhet. Vid obduktionen kunde intet abnormt påträffas. Äfven hjärtat företedde mikroskopiskt icke några patologiska förändringar.

3). En 61-års fullt frisk men något korpulent man opererades den $^{10}/_1$ 93 för ett måttligt stort, fritt skrotalbråck. Vid noggrann undersökning af hjärtat kunde intet abnormt upptäckas. Ej häller några anmärkningsvärda subjektiva sjukliga symptom från hjärtat. Operationen gick hastigt och lätt, likaså kloroformnarkosen. Pat. mådde hela tiden efter operationenen mycket godt, tils han plötsligt på 6:te dagen därefter fick ett mycket svårt anfall af hjärtpares, som dock efter talrika eter- och kamferinjektioner samt mysk gaf med sig. Pulsen

dock ett par dagar efteråt intermitterande. Sedan tillståndet tämligen godt igen. Men på 14:de dagen efter operationen ett nytt anfall af hjärtförlamning, som på en $^1/_2$ timme slutade med döden. Sektionen visade en stark fettbeläggning på hjärtat liksom en stark fettinfiltration och degeneration af muskulaturen i det samma. Intet tecken till peritonit eller andra patologiska förändringar. Operationssåret var fullständigt läkt sedan flere dagar.

4). En 58-års frisk men tämligen korpulent man opererades den $^{17}/_6$ 93 för en knappast medelstor blåsesten medels sectio alta. Något fetthjärta kunde icke vid undersökningen diagnostiseras. Pat., en mycket värksam man, anmärkte dock, att han hade någon andtäppa, då han gick i trappor o. d. Urinen ibland alldeles klar och ägghvitefri. Urinorganen således jämförelsevis friska, fastän sten förefans. Operation lätt, och narkosen tåldes utan anmärkning. Primär blåssutur och sonde à demeure. Tillståndet efter operationen tillfredsställande. Urinen klar och ägghvitefri. Temperaturen varierade mellan 37,5° och 38,5°. Alt antydde en god utgång, då pat. på 4:de dagen efter operationen fick ett anfall af andtäppa. Pulsen då hastig och oregelbunden. Efter subkutana injektioner af kamfer och eter blef han åter bra, men på 6:te dagen förnyade sanfallet, och pat. afled efter $^1/_4$ timme under symptom af hjärtparalysi. Sektionen visade, utom ett tämligen starkt fettdegenereradt hjärta, intet abnormt. Jag åtnöjer mig nu med att anföra dessa fall, men skulle kunna nämna ännu flere, där kloroformens eftervärkningar efter mitt förmenande spelat en ödesdiger rol. Med anledning af denna erfarenhet skulle jag vilja uppställa följande 3:ne symptomgrupper af kloroformens eftervärkningar:

1). Redan strax efter operationen svag, ojämn hjärtvärksamhet och i bland dyspné, och vid svårare fall häftigt anfall af börjande hjärtförlamning med cyanos, svår andtäppa, hvilka symptom i bland kunna häfvas med stimulantia;

2). Ett alldeles friskt stadium efter operationen, sedan plötslig död af hjärtparalysi med eller utan föregående symptom;

3). Häftiga, ihållande kräkningar, kollaberadt tillstånd med svag, hastig puls under 1 eller flere dagar. Slutligen hälsa eller död.

Hvad nu de 4 anförda fallen beträffar, så var operationen i alla af jämförelsevis lätt beskaffenhet och den förbrukade kloroformmängden icke stor. Såsom af sjukhistorierna framgår, kan väl shock, sepsis och intoxikation fullkomligt uteslutas. Och sektionerna ådagalade tydligt, att inga anmärkningsvärda makroskopiska patologiska förändringar förekomma i trakten af operationsställena, antydande infektion.

Hvad kunde orsaken vara till de hotande symptomen i det första fallet och till döden i de öfriga? En tillfällighet? Måhända. En till utseendet alldeles frisk person kan ju plötsligen aflida i följd af fetthjärta, hvilket icke kunnat på förhand diagnostiseras. 2 af fallen hade också troligen redan före kloroformeringen fetthjärta fastän nästan utan både subjektiva och objektiva symptom. Man kan därför anmärka, att dessa båda kunnat dö på ofvan nämnda tid, äfven om de icke genomgått någon operation. Visserligen. Men det ligger dock närmare till hands att ställa deras död i samband med operationen och nar-

kosen, eftersom den uppträdde så snart därefter. Säkert vet man ju, att kloroformnarkosen kan invärka skadligt på hjärtat. Och för öfrigt hade ju dessa personer förut intet men af sitt fetthjärta. Jag vill äfven nämna, att å min afdelning användes vid narkoserna kloroformen mycket sparsamt. Djupa narkoser, förekomma där sällan. SCHERINGS kloral-kloroform har användts omväxlande med den engelska.

Eternarkoser hafva ofta användts, likaså kloroform-eternarkoser. Brometyl har väl användts i 1—2,000 fall utan något obehag vid mycket kortvariga operationer.

Jag förmodar, att de af mina kolleger, som hafva någon större kirurgisk verksamhet, äfven understundom sett fall, som efter en lyckligt utförd operation, och utan att sepsis eller någon lokal inflammation uppträdt, någon eller några dagar därefter oförmodadt aflidit, utan att sektion sedermera kunnat förklara den letala utgången. Måhända hafva de liksom jag stått undrande och spörjande och möjligen tänkt på narkosens eftervärkningar.

Om jag altså skulle göra en resumé af min framställning, skulle den lyda ungefär sålunda: för närvarande är denna fråga alltför litet utredd af kompetenta vetenskapsmän, för att man skulle våga med bestämdhet påstå, att kloroformens eftervärkningar kunna förorsaka döden en eller flere dagar efter narkosen, men skäl förefinnas dock, som göra, att man ej alldeles kan frigöra sig från en dylik farhåga, hvadan det skulle vara särdeles önskvärdt, att uppmärksamheten mera än förut hänvändes åt denna fråga.

Tio fall af operation för appendicitis.

Af

A. Lindh.

a) *Akuta appendiciter.*

1) A. N. 19-årig qv. Opererad för en akut suppurativ perityflit $^{15}/_{9}$ 92. Sedan dess frisk till den $^{10}/_{7}$ 93. Då ånyo samma åkomma med feber, resistens och svåra smärtor; äfven någon resistens åt rectum. $^{19}/_{7}$. Insnitt i det gamla ärret. Apelsinstor håla med stinkande var. Proc. vermiformis påträffades ej. Utskrefs läkt $^{30}/_{8}$.

2) E. L. 16-årig qv. Insjuknade 8 dagar före inkomsten. Ser mycket medtagen ut. Temperatur 38^{0}. I ileocoecaltrakten en starkt ömmande resistens, en dylik åt venster sida, och resistens i rectum åt venster. $^{31}/_{7}$. Snitt ofvanför lig. Pouparti på högra sidan midt genom bukväggen och peritoneum, hvarigenom en håla, fyld med stinkande var, öppnades. Den sträckte sig nedåt lilla bäckenet. Proc. vermiformis påträffades ej. De öfriga resistenserna inciderades ej. Under vistelsen å sjukhuset minskades emellertid resistensen i venstra sidan och åt rectum samt försvunno så småningom. Pat. utskrefs frisk d. $^{28}/_{9}$.

3) G. N. 4-årig flicka. Sjuk sedan 14 dagar och mycket nedsatt. Vid inkomsten d. $^{13}/_{9}$ en resistens, som sträckte sig från den ena spina ilei ant. sup. till den andra med en uppåt starkt konkav, begränsad linie. Per rectum fluktuerande resistens. $^{13}/_{9}$. Incision ofvanför högra lig. Pouparti genom bukvägg och peritoneum. Illaluktande var. Proc. vermiformis eftersöktes ej. Dessutom gjordes incision genom rectum, hvarvid också mycket var utrann.

$^{27}/_{9}$. Incision på venster sida genom bukväggen, emedan exsudatet ej minskades. Också var i mindre mängd. Förbättringen fortgick bra, så att pat. kunde utskrifvas nästan läkt $^{7}/_{10}$.

4) A. J. 12-årig gosse. Sjukdomen hade räckt 8 dagar. Pat. var mycket lidande och nedsatt. Feber. En resistens, som intog högra fossa iliaca upp till transversela nafvelplanet och åt venster sträckte sig 3 ctm. utom linea alba. Ingen fluktuation. Per rectum intet abnormt. Temp. 39,3°. $^{3}/_{10}$. Incision på högra sidan parallelt med lig. Pouparti genom bukvägg och peritoneum. En stor mängd stinkande var. Hålan utsköljdes med koksaltlösning. Proc. vermiformis upptäcktes ej. Hastig förbättring. $^{19}/_{10}$. Sekretion från såret upphörd.

5) Ogifta A. M. N. 21 år, intogs d. $^{17}/_{11}$ 93. Förut alltid frisk, insjuknade hon d. $^{9}/_{11}$ med allmänt illamående och feber, hvartill d. $^{11}/_{11}$ sällade sig plågor i högra sidan af buken. Afföringen alltid normal.

Pat. är en kraftigt byggd flicka. Temperaturen 38,7°, pulsen 128. I högra coecaltrakten kännes en måttligt stor, ömmande resistens. Som pat. dessutom hade starka plågor och feber, samt sjukdomen redan varat under 9 dagar, och pat. blifvit allt sämre, ansågs varbildning hafva inträdt. Derför gjordes *operation* d. $^{18}/_{11}$. Snitt parallelt med lig. Pouparti. Retroperitonealt kom man in till en stor abscesshåla, full af stinkande var. Den var begränsad nedåt, men en poche, som gick uppåt och bakåt, kunde man ej nå botten af. Proc. vermiformis hvarken syntes eller kändes.

$^{24}/_{11}$. Allmänna tillståndet godt efter operationen. Feberfri. Riklig varafsöndring (i början fäkalt luktande) från såret. Normal afföring.

$^{8}/_{12}$. Fått influensa.

$^{12}/_{12}$. Utskrifven med en liten fistel.

Tyvärr har jag också att beklaga ett dödsfall bland de ungefär 20 perityfliter, som här blifvit opererade.

Denna utgång beror dock enligt min tanke mindre på själfva sjukdomen eller operationen än på kloroformens skadliga efterverkningar.

6) G. H. 24-årig qv., intogs d. $^{28}/_{2}$ 1893. Varit sjuk 8 dagar. Stark feber. Mycket nedsatt och sjuk. Å högra sidan af buken en måttligt ömmande resistens, som tyckes sträcka sig från nedre bröstkorgsranden till nafveln och nedåt till närheten af spina ilei ant. sup., samt går öfver åt lumbaltrakten.

Operation samma dag. Först försöktes retroperitoneal operation medelst ett snitt ofvan spina ilei ant. sup., men infiltrationen var för långt derifrån. Derför snitt i lumbaltrakten, der slutligen var utkom, $^1/_2$ tekopp full. Sköljning med koksaltlösning. Omkring $^1/_2$ timme efter operationen kollaberade pat. plötsligt, blef mörkblå öfver hela kroppen. Pulsen mycket dålig och liten. Efter subkutana eter- och kamferinsprutningar höjde sig pulsen.

Under de följande dagarne feber, envisa, ihållande kräkningar, som slutligen blefvo blodiga. — Buken ej öm eller uppdrifven. Dog 3 dagar efter operationen.

Obduktionen visade *ingen* peritonit.

Med den öppnade abscesshålan kommunicerade en annan dylik, som låg framför coecum och var sammanväxt med själfva bukväggen. Emellan båda hålorna låg den afgangränerade proc. vermiformis. Små blödningar i magslemhinnan. Intet sjukligt i andra organ.

b) *Appendiciter, opererade på fria mellantider.*

7) M. F. 31-årig qv., intogs d. $^1/_9$ 93. 2 gånger vårdad å sjukhus för rätt långvariga perityfliter. Deremellan och derefter plågsamma symptom från tarmkanalen, värk, förstoppning och kräkningar. Vid inkomsten å sjukhuset härstädes ömhet öfver högra fossa iliaca, der på djupet kändes en strängformig, blyertspennetjock valk, gående nedifrån höger snedt uppåt venster, der tilltagande något i tjocklek. Klagade öfver smärta vid gående och stående jämte ömhet och värk i coecaltrakten.

$^4/_9$. Operation på vanligt sätt. Laparotomi efter utsidan af m. rectus. Coecum framdrogs ur såret jämte den fria proc. vermiformis, som på ytan var oskadad. Den var 12 ctm. lång med en kolfformig förtjockning åt perifera ändan, hvilken fluktuerade och visade sig innehålla var. Afknöts på vanligt sätt, och ett veck af peritoneum syddes öfver stumpen Slemhinnan i processen betydligt förtjockad, men hel. Läkningen försiggick ostörd, och patienten utskrefs d. $^{10}/_{10}$.

8) Fröken I. L. 23 år, intogs d. $^{26}/_9$ 93. 4 gånger rätt svår perityflit. Grundlig massage efteråt. Har dock nästan alltid känt sig sjuk i buken och särskildt sista månaden haft värk och ömhet i fossa iliaca d., väderspänningar och kräkningar. Isynnerhet vid gående har hon varit

besvärad af sitt onda. Svår förstoppning. Vid undersökning af coecaltrakten tycker man sig på djupet känna otydligt en blyertspennetjock valk, som löper i riktning snedt nedåt och inåt.

$^{27}/_{9}$. *Operation.* Laparotomi med snitt efter m. recti utkant. Coecum och proc. vermiformis kunde lätt utdragas. Den senare var af måttlig längd, 10 ctm., men kändes mera tjock och svullen än vanligt. Den aflägsnades på vanligt sätt, och stumpen täcktes af sammansydda peritonealveck. Den uppklipptes och företedde förtjockad vägg med succulent, svullen slemhinna, hvilken i den perifera delen i 2 ctms längd var fullständigt oblitererad. Tillståndet efter operationen förträffligt, pat. utskrefs frisk d. $^{23}/_{10}$.

9) Herr F. L. 21 år, intogs d. $^{4}/_{10}$ 93. Haft 4 anfall af perityflit sedan Mars d. år, då han hade sitt första anfall. De sista anfallen ej långvariga. Pat. ser kraftig och frisk ut. Afföringen trög. Klagade icke öfver smärtor vid gående eller stående och tycktes icke hafva några andra obehag af sin åkomma än de ofta återkommande recidiven. I coecaltrakten kändes en hård, begränsad, ömmande, valnötstor resistens.

$^{6}/_{10}$. *Operation.* Sedan peritoneum blifvit öppnadt, befanns, att hela omentet fast adhererade dels till den omnämda resistensen dels till främre bukväggen ända nedåt bäckenet. Det ligerades och genomskars i hela dess utsträckning. Sedan nu omentet blifvit undanskjutet, visade sig den nyss omnämda resistensen vara en mer än valnötstor, peritonealbeklädd, rätt fast tumör, som utgick med bred bas från coecum och var intimt förenad med 2:ne tunntarmsslyngor, af hvilka den ena med mycket besvär kunde aflossas, fastän serosan skadades. Den andra tunntarmsslyngan fasthängde dock fastare, och en fast infiltration från tumören kändes skjuta sig in i tarmväggen. Den lossades dock med påföljd, att såväl den varinspisserade serosan som muscularislagret blefvo qvarsittande å tumören. Såret å tarmen suturerades. Tumören, som misstänktes innehålla den tillknycklade proc. vermiformis, genomklipptes, hvarvid också lumen af processen visade sig ligga omgifvet dels af fibrös väfnad dels af intorkadt var. Tumören exstirperades nu alldeles inpå coecum, med undantag deraf att en del af den serösa beklädnaden sparades för att täcka det rätt stora sår, som nu återstod. Proc. vermiformis tycktes vara perforerad alldeles vid sin utgångspunkt från

coecum, samt befanns der centralt vara oblitererad, åtminstone kunde ingen fin sond införas i coecum.

Såret renskrapades med skarp slef från var, rentvättades med sublimatlösning och täcktes med den qvarvarande serosabiten, hvars kanter fastsyddes vid coecums peritonealbeklädnad. Sedermera fästades detta parti med en sutur till peritoneum parietale nära buksåret för att, i händelse varbildning skulle uppkomma derstädes, vara lätt att dränera. Buksåret hopfästades. Jag var emellertid mycket orolig, att en stark reaktion skulle visa sig efter den ovanligt svåra operationen, men mot förmodan blef tillståndet såväl lokalt som allmänt det allra bästa. Ingen feber, inga smärtor, ingen peritonit uppträdde, utan fortgick läkningen ostörd. Pat. qvarligger nu frisk och läkt, endast för att ärret i bukväggen må blifva fullt motståndskraftigt.

10) Fru K. 35 år. Haft sedan 1891 fyra svåra perityfliter, och efter dem har hon blifvit behandlad med ihållande massage af Dr Helleday. Sista recidivet för 6 veckor sedan. Har nu varit uppe ett par veckor.

Vid hennes intagande på sjukhuset d. $^{20}/_{10}$ kändes i högra fossa iliaca en hasselnötstor resistens i trakten af proc. vermiformis. Pat. är mager och blek.

$^{21}/_{10}$. *Operation* som förut. Vid bukhålans öppnande kändes den ifrågavarande resistensen starkt sammanväxt med bukväggens främre yttre del och täcktes af omentet, som adhererade med fasta sammanväxningar vid tumören och bukväggen ända nedåt bäckenet.

Omentet afknöts i flera partier och undansköts. Med saxen frigjordes tumören från bukväggen och kunde nu något bättre framdragas i buksåret, hvarvid det befanns, att den var något större än en hasselnöt och satt på en bred bas, intimt förenad med coecum. Den fluktuerade starkt, och vid uppklippning framrann ej så litet tunnflytande var, som genom underlagda gazbitar hindrades från att komma i bukhålan. Abscessens väggar befunnos vara den utvidgade proc. vermiformis, som genom de upprepade perforationerna och inflammationerna blifvit förkortad. Slemhinnan afdissekerades, och såret rengjordes med sublimatlösning. Ingenstädes kunde någon sond införas i coecum. Inmynningsstället tydligen oblitereradt. Sedan en del af abscessens väggar blifvit bortklippta, sammansyddes de återstående delarne mot hvarandra, och hela stället intrycktes inåt coecum, hvarefter ett par peritonealveck sammanfästades deröfver.

$^{23}/_{10}$. Tillståndet efter operationen godt och utan anmärkning.

Efter ungefär 3 veckors förlopp utskrefs pat. frisk o. läkt.

Af de anförda fallen visar det första, att, såsom ej heller var att vänta annat, enkel incision i en perityflitisk abscess ej är tillräcklig att förebygga recidiv; det andra är af intresse så till vida, att i detsamma ett stort exsudat i båda sidorna af buken försvann utan incision å mer än den ena sidan. Det dödligt förlupna fallet är mycket dunkelt; man kunde tänka på en sepsis, men, då abscessen fått fritt utlopp, borde man kunna utesluta en sådan. Fall 7 och 8 visa en fullt fri och rörlig processus vermiformis, utvändigt fullkomligt oskadad, i det ena fanns i dess inre var, i det andra endast katarrala förändringar med obliteration af ändan, och trots dessa jämförelsevis lindriga förändringar voro symptomen mycket svåra under de fria mellantiderna. Fall 9 är ett ovanligt svårt fall med betydliga lokala förändringar, men utan svåra lokala symptom under den fria mellantiden; i detsamma fanns ingen annan tvingande nödvändighet från patientens sida att underkasta sig operationen än den att blifva befriad från recidiv.

De nu anförda fallen äro af intresse, emedan de visa, att de patologiska förändringarne ej alltid motsvara de sjukliga symptomen. Det är naturligtvis af största vigt både för patienten och läkaren att på förhand kunna bestämma, hvilka fall visa svåra och hvilka lätta patologiska förändringar i proc. vermiformis. Af de anförda fallen synes mig framgå, att, om man kan känna en längre, blyertspennetjock valk i trakten af coecum, så kan man förmoda, att processus vermiformis ej är så angripen, men att, om det finnes en fast begränsad knöl eller tumör, är sannolikheten för långt gångna förändringar större.

Egendomligt är, att massage kan göra någon nytta vid dessa svårare former. Den sist anförda patienten påstod bestämdt, att hon alltid haft nytta af en sådan behandling, men det är svårt att förstå, om man erinrar sig de vid operationen funna förändringarne. Vid enkla katarrala processer är förklaringen lättare.

Fyra fall af gastro-enterostomia posterior.

Af

A. Lindh.

1) Timmermannen A. P. 54 år, intogs d. $^{15}/_{9}$ 93. Sjukdomssymptom sedan 2 år. I April observerades en knöl i epigastrium. Kaffesumpliknande kräkningar. Pat. mager ock nedsatt, dock ej betydligt. I epigastrium straxt till höger om medellinien något nedanför högra refbensranden kännes en ungefär äpplestor, rundad, ganska rörlig tumör. $^{18}/_{9}$. *Operation.* Snitt i medellinien från epigastrium till något nedom nafveln. En gåsäggstor tumör, inneslutande pylorus och gående ett stycke in på ventrikeln kunde lätt framdragas. Då man följde curvatura minor upp till cardia, kändes hela denna del af ventrikeln hård och infiltrerad, hvarför resektion ej kunde komma i fråga. — Derför gjordes *gastroenterostomia posterior* på vanligt sätt. 30 suturer

Utom under den första dagen, då pat. hade häftiga plågor i buken, var tillståndet hela tiden mycket tillfredsställande, och pat., som före operationen endast med svårighet kunde förtära och tåla någon föda, började redan på 4—5:te dagen äta rätt mycket flytande föda utan att erfara något obehag. Utskrefs d. $^{17}/_{10}$. Hade då under ett par veckor ätit fastare föda, kött, bröd etc. och mådde väl deraf.

2) Hemmansegaren J. O. 59 år, intogs d. $^{27}/_{9}$. Sjukdomssymptom flera år: sura uppstötningar, plågor i maggropen, dålig matlust, trög afföring, afmagring, slutligen svåra kräkningar och kraftförfall. Aptiten under sista tiden egendomligt nog rätt god.

Pat. är nu afmagrad, men ser ej kakektisk ut. En mindre knöl märkes i epigastrium vid djup palpation, dock tämligen otydligt.

$^{29}/_{9}$. *Operation* liknande den i förra fallet använda. Tumören befanns hafva sitt säte i pylorus samt sträckte sig derifrån 3 ctm. inpå curvatura minor och 1,5 ctm. in i

oment. minus. Den var ganska rörlig och fri från pankreas, men, då större och mindre cancermetastaser funnos såväl i omentum majus som minus samt i mesenteriet, kunde resektion ej vara lämplig. Derför som i förra fallet *gastro-enterostomi* på ventrikelns baksida. Anmärkas bör, att den tunntarmsslynga, som händelsevis fattades, tillhörde nedre delen af ileum, hvadan mest hela tunntarmen måste passera mellan fingrarne, innan en passande jejunumslynga kunde finnas till fastsuturering på ventrikeln. 31 tarmsuturer. Operationen räckte som i förra fallet ungefär $1^1/_2$ timme.

D. $^1/_{10}$ 2 dagar efter operationen häftiga symptom af ileus med fäkala kräkningar. Stora lavemang utan verkan.

$^5/_{10}$. Kräkningarne hafva fortsatt ända tills i dag, oaktadt lavemangen sedan d. $^2/_{10}$ varit något färgade af exkrementer, fastän mycket sparsamt. Nu bättre, sedan afföringarne blifvit något ymnigare.

D. $^{11}/_{10}$ får pat. vara uppe. Äter betydliga qvantiteter flytande föda, får i dag dessutom köttbullar, löskokta ägg och skorpor samt finner sig väl af maten.

$^{15}/_{10}$. Utskrefs.

3) Enkan A. J. 47 år, intogs d. $^{14}/_{12}$ 93. Vid 26 års ålder började pat. besväras af magkatarr, hvilken sedan dess mer eller mindre plågat pat. Sistlidne sommar inträdde en tydlig försämring. Ihållande smärtor och värk i maggropen. Afmagring. Kräkningar ofta efter måltiderna. Aldrig kräkts blod. Under de sista 4 veckorna hafva smärtorna betydligt stegrats och icke lämnat pat. ro hvarken natt eller dag.

Pat. ser sjuklig och kakektisk ut. Matt och svag. I epigastrium kännes en knytnäfvestor, hård tumör, som mycket ömmar vid tryck. Från andra organ intet att anmärka.

$^{16}/_{12}$. *Gastro-enterostomi.* Kloroform-eternarkos. Efter bukens öppnande upptäcktes flera större och mindre metastatiska knölar i lefvern. I ventrikeln befanns en större tumörmassa intaga curvatura minor ända upp mot cardia, åt höger bildande en ring omkring pylorus. Afven i mesocolon funnos cancerknölar. Som tumörmassan måste anses inoperabel, gjordes gastro-enterostomia posterior på vanligt sätt. Inalles 31 suturer.

$^{17}/_{12}$. Under natten envisa kräkningar.

$^{19}/_{12}$. Under dagarne efter operationen häftiga ileussymptom med illaluktande kräkningar och meteorism, oaktadt upprepade stora lavemanger. Först i dag blifva lavemangen fäkalfärgade.

$^{24}/_{12}$. Ileussymptomen upphörda. Bukens tillstånd godt. Börjande pleuritiskt exsudat å nedre delen af venstra lungans baksida.

$^{27}/_{12}$. Nu äfven exsudat i högra lungsäcken.

$^{6}/_{1}$ 94. Död.

Obduktionen visade seröst exsudat i båda lungsäckarne. Lungorna starkt sammantryckta, delvis atelektatiska. I bukhålan intet exsudat. Peritoneum öfverallt glänsande. Starka adherenser hade utbildats såväl å colon som å tunntarmen, hvilket gjorde, att dessa på sina ställen lågo i rätt skarpa veck. Dock ingen obturation af tarmen. Den med ventrikeln fastsydda tarmen var med stadiga adherenser förenad med den förra. Hela curvatura minor från och med pylorus upptagen af sammanhängande cancermassor. I nedre delen af oesophagus några spridda cancerhärdar ända till dufäggstora.

4) Hustru M. K. A. 52 år, intogs å sjukhuset d. 2 Dec. 1893. Hade känt sig frisk och kry tills en månad före sitt intagande å sjukhuset. Då först märkte hon följande symptom af sin sjukdom: magplågor, qväljningar och kräkningar såväl efter måltiderna som äfven mot aftonen, då hon ej förtärt någon föda. Krafter och hull hafva betydligt aftagit under denna månad. Afföringen trög. Matlusten ringa. För 14 dagar sedan upptäckte en läkare en svulst i magen.

Pat. ser blek ut, är betydligt mager. I buken något nedom nafveln till höger kännes en hönsäggstor, hård och fast tumör, som är lätt förskjutbar i alla riktningar och kan föras ända upp mot epigastrium. Från andra organ intet att anmärka.

$^{5}/_{12}$. *Gastro-enterostomi.* Kloroform-eternarkos. Snitt i linea alba från epigastrium. Den nyss omnämda tumören befanns hafva sitt säte i pylorus och hade storleken af en mindre knuten hand. Den var fullt rörlig och fri från pankreas, men, då såväl i oment som mesocolon större och mindre cancermetastaser förefunnos, kunde ej någon pylorusresektion ifrågakomma,, utan gjordes i stället på vanligt sätt gastro-enterostomi enligt v. Hackers metod på ventrikelns bakre vägg. Inalles 39 suturer.

Dagarne efter operationen hade patienten ofta kräkningar, som snart blefvo gallfärgade, oaktadt hon efter ett par dagars förlopp hade afföringar och flatus.

16/12. Dagliga gallkräkningar. Krafterna iföljd deraf nu rätt medtagna. Intelligensen ibland omtöcknad. Pulsen liten.

20/12. Sista dagarne, sedan pat. fått sitta uppe i sängen, har hon ej kräkts mer än en gång dagligen. Tillståndet förbättradt och krafterna ökade.

22/12. Utskrefs förbättrad och läkt.

(Från Sahlgrenska Sjukhusets kirurg. afdelning).

Ett fall af solitär njurcysta.

Af

Axel Helleberg.

Bland en hel del njuroperationer, utförda å Sahlgrenska sjukhuset under åren 1891, 1892 och 1893, har äfven förevarit ett fall af cystnjure, hvilket jag på uppmaning af Dr A. Lindh velat omtala.

Fröken A. 36 år, int. $^{2}/_{10}$ 93.

Anamnes: Pat. har i allmänhet varit frisk. Af akuta sjukdomar har hon i barndomen genomgått lunginflammation och smittkoppor. De första tecknen till sitt nuvarande onda observerade hon i Augusti detta år. Under en veckas tid uppträdde då, omedelbart sedan hon kastat urin, i högra sidan hastiga, skärande smärtanfall, som gingo nedifrån och uppåt ut i vekryggen. Samtidigt hade hon värk i korsryggen. Vid undersökning på sig själf fann pat. i högra sidan en tämligen hård knöl, som var något öm och hade storleken af ett gåsägg. Någon förändring af urinen vare sig till mängd eller utseende observerade hon ej. Den var hvarken blod- eller grushaltig. Under den tid, ofvannämda smärtor förefunnos, voro trängningarne till urinkastning tätare än förut. Smärtorna försvunno sedermera, och endast emellanåt kändes ristningar i högra sidan. Svulsten tillväxte emellertid stadigt och har på sista tiden generat henne genom sin tyngd. Minst besväras hon af den, då hon går, mest då hon ligger. Allmänna tillståndet försämrades ej efter svulstens uppträdande. Matlusten har hela tiden varit god, afföringen normal. Inga febersymptom hafva förekommit. Inga oregelbundna blödningar från underlifvet. Svindelkänsla, stygn i hjärtat, andtäppa yppa sig understundom.

Status præsens d. $^{2}/_{10}$ 93. Pat. är af god kroppsbyggnad; hull och muskulatur af normal beskaffenhet. Temp.

på qvällen 38,2, puls 80, regelbunden. Hjärttonerna rena och kraftiga. Absoluta lefverdämpningen korsar i mammillarlinien 7:de refbenet. Högra delen af buken är synbart uppdrifven. Vid palpation kännes en rundad, barnhufvudstor, fluktuerande svulst, som vid ryggläge medialt når till nafveln (på djupet), nedåt till en horizontal genom spina il. ant. sup. dragen linie, uppåt till refbenskanten. Ömmar ej nämvärdt vid tryck. Då pat. ändrar läge, förflyttas svulsten iföljd af sin rörlighet och tyngd, och den kan med lätthet förskjutas flera ctm. i olika riktningar. Vid perkussion ger den matt ton öfver sitt midtparti. 3—4 ctm. till höger om nafvelplanet börjar tarmton. Uppåt bakåt öfvergå svulst- och lefverdämpningarne omedelbart i hvarandra. Den venstra njuren kan ej palperas.

Urinen är af ljusgul färg, sur reaktion, sp. v. 1,024, är något grumlig af ett till botten sjunkande, ljust sediment, som vid uppkokning till största delen försvinner för att vid afsvalning åter uppträda. Består af sura urat och massor af skifepitel. Inga patologiska beståndsdelar, såsom var, blod, cylindrar, förefinnas. Urinen håller ej albumin eller socker. Urinmängden under natten till den 3:dje uppgick till 300 kbctm.

Den $^{3}/_{10}$ gjordes *nefrektomi* af Dr Lindh. Kloroformeternarkos. Vertikalt snitt vid yttre randen af m. sacrolumbalis. Horizontalsnitt från det förra utåt framåt, straxt nedom 12:te refbenet, 10 ctm. långt. Njurens fettkapsel klöfs, och njuren jämte den vid dess nedre ända sittande cystan löspreparerades med fingrarne från peritoneum. Detta gick i allmänhet lätt för sig utom vid njurens öfre ända och vid cystans undre vägg, där fastare adherenser funnos. Cystan framdrogs i såret och punkterades. Ligaturer af silke lades om njurkärl och ureter en masse, hvarefter njuren exstirperades med qvarlemnande af en obetydlig parenkymrest. Dränage med kautschukrör. Tamponad med jodoformgaz och steril gaz. Söm. Operationen varade 1 timme. Pulsen under hela tiden jämn och stark.

Nära en tredjedel af den för öfrigt till storlek normala njuren indragen i den stora cystan, som befanns vara sluten och ej stod i samband med calyces eller ureter. Såväl inåt pelvis som utåt ytan funnos i parenkymet flera hasselnötstora till mindre cystor.

Den uttömda vätskan, utgörande 600 kbctm., brungul till färgen, med på ytan simmande fettglänsande korn, hade

en sp. v. af 1,026 och innehöll omkring 1 % albumin. Talrika kolestearintaflor och röda blodkroppar (de senare som förorening). Intet var. Prof på urinämne med salpetersyra gaf negatift resultat.

Dagantecknigarne utvisa till att börja med en temperaturstegring till 39° C., som gaf sig den $^{10}/_{10}$, hvarefter temperaturen varit normal. Sårläkningen har gått bra. Trådarne uttogos $^{12}/_{10}$. Ingen varbildning. Urinmängden, som $^{4}/_{10}$ var 350 kbctm. pr dygn, ökades så småningom till 1000 kbctm. $^{12}/_{10}$, hvarefter en sänkning till 700 kbctm. $^{18}/_{10}$ inträffade för att ånyo följas af en ökning till 1125 kbctm. d. $^{24}/_{10}$. Sedermera har urinen ej uppmätts. Den första tiden efter operationen höll urinen spår af albumin. Efter d. $^{19}/_{10}$ har den varit ägghvitefri. D. $^{20}/_{10}$ var pat. uppe för första gången.

Pat. utskrifves d. $^{26}/_{10}$.

Cystor i njuren kunna dels vara kongenitala dels uppträda under en senare period. Deras uppkomst anses i allmänhet vara beroende på en urinretention, uppkommen genom förträngning eller obliteration af urinkanaler. En sådan obliteration kan åstadkommas genom en inflammatorisk retraktionsprocess i papillerna eller på ett mera mekaniskt sätt genom hopning af desqvameradt epitel, urinsyre- och kalkkonkrement i kanalerna. En annan åsigt i frågan har senast förra året yttrats af Nauwerk och Hufschmidt (Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie u. z. allg. Pathologie), som, stödjande sig på undersökningar af en pat. med polycystiska njurar, hålla före, att, njurcystor i vissa fall uppkomma genom proliferation såsom ett slags cystadenom.

Man bör strängt skilja mellan den polycystiska njuren, fransmännens "gros rein polykystique" (Lejars), och den solitära njurcystan, till hvilken senare kategori ofvan anförda fall torde böra räknas. I förra fallet har man att göra med en åkomma, som oftast är dubbelsidig och följaktligen utesluter ett operatift ingrepp. Njuren är här omvandlad i ett stort antal valnötstora och mindre cystor, hvilka sitta så tätt, att de lemna plats endast åt små rester af njur

parenkym, hvilket till största delen gått under för en allt jämt fortskridande tryckatrofi.

Den kliniska bilden af denna patologiska process är mycket växlande i sina symptom. Enligt Ewald (Berliner klin. Wochenschrift 1892 N:o 1) finnas fall, som förlöpa i likhet med vanliga kroniska interstitiela nefriter, återigen andra, som till en början sakna tecken på en njursjukdom, men som sluta med anuri och urämi, och slutligen sådana, som under lifvet äro fullkomligt symptomlösa, och i hvilka pat. dör af någon annan tillfällig sjukdom. Då man vidare af njurtumörens beskaffenhet ej med bestämdhet kan sluta till en cystös degeneration, och urinen ej visar för detta tillstånd specifika förändringar, tilltror sig Ewald ej att under lifvet ställa diagnos på polycystiska njurar. I motsats härtill är Stiller (Berl. klin. Wochenschrift 1892 N:o 10) af den åsigten, att åtskilliga hållpunkter finnas för igenkännande af tillståndet. Såsom sådana anför han processens dubbelsidighet, det plötsliga uppträdandet af anuri och urämi hos personer, som förut ej haft tecken till någon kronisk njursjukdom, samt de ofta loberade tumörernas egenskap att ej fluktuera, detta senare till skillnad från hydro- och pyonefroser samt stora, solitära cystor. Slutligen brukar enligt Stiller urinen vid polycystiska njurar vara riklig, tunn och hålla litet ägghvita. Först mot slutet aftager urinmängden.

Att å den ena njuren utvecklar sig en barnhufvudstor eller större cysta, som ej står i förbindelse med njurbäckenet, sålunda ej är någon hydronefros, är inom njursjukdomarnes område ett ganska sällsynt förhållande, och litteraturen uppvisar på grund häraf ett i jämförelse med öfriga kirurgiska njuraffektioner ganska sparsamt antal af dylika fall. Bland författare, som beskrifvit solitära njurcystor, må nämnas Simon, Brodeur, Wagner, Hajmer, Bardenheuer, Thornton, Tuffier, Malherbe, Terrier m. fl. Enligt Tuffier (Arch. gén. de méd. Juillet 1891) utgå cystorna vanligen från njurbarken och sitta antingen i när-

heten af njurens hilus, vid dess konvexa rand, eller i någon af ändarne. De äro af afgjordt benign natur och göra endast ett obetydligt intrång på parenkymet, som till största delen qvarstår friskt och sekretionsdugligt. En typisk sjukdomsbild är svår att uppställa, men i allmänhet kan man säga, att cystan, så länge den ännu är liten, ej förorsakar det minsta obehag. Först då den antagit en betydligare storlek, exempelvis som ett äpple, börjar den besvära pat. genom sin tyngd, hvartill äfven ofta komma smärtor och ömhet i njurtrakten. Ännu större högersidiga cystor kunna, såsom i Slajmers (Wien. klin. Wochenschrift 1890) fall, genom tryck på lefvern ge anledning till lefversmärtor, hindra gallans afflöde och framkalla hjärtklappning. Urinen visar intet abnormt vare sig till mängd eller beståndsdelar. Ett från det vanliga godartade förloppet afvikande fall, der en stor cysta utvecklade sig på 3 månader under symptom af feber, frossbrytningar och häftiga smärtor i venstra sidan, meddelas af Malherbe. Cystvätskan var här starkt blodbemängd.

För differentialdiagnosen från ovarialcystor gäller liksom för hydronefrosen att per vaginam under narkos konstatera svulstens oafhängighet från ovarierna, adnex och uterus samt att undersöka läget af colon ascendens eller descendens i förhållande till tumören. På grund af tarmens plats framför njurcystan erhålles, isynnerhet om colon förut uppblåsts, en tympanitisk perkussionston öfver svulsten, då deremot ovarialcystan, som vanligen ligger tätt intill bukväggen, ger matt ton. Från de solida njurtumörerna och de polycystiska njurarne erbjuder den i de allra flesta fall tydliga fluktuationen af njurcystan ett godt skiljetecken. Tilläggas bör ock, att urinens beskaffenhet många gånger kan fälla utslaget. Att deremot med säkerhet kunna skilja mellan njurcystan och de öfriga fluktuerande njurtumörerna, hydro-, pyonefros och echinococcus, faller sig ej så lätt före det kirurgiska ingreppet. Thornton (The Lancet, Dec. 1889) påpekar, att hydronefrosernas egenskap

att stundom vara intermittenta vanligen ej tillkommer de persistenta njurcystorna, samt att i sådana fall, der njurcystan brutit sig väg in i en calyx och tömt sitt innehåll i pelvis, den rikliga halt af albumin, som under polyuri och samtidig förminskning af tumören uppträder i urinen, kan väcka misstanken om närvaron af en njurcysta. Den vätska, som innehålles i en sådan, har nämligen oftast betydligt större ägghvitehalt än hydronefrosvätska. Simon (Chirurgie der Nieren) förordar, att, sedan cystan under operationens gång öppnats, undersöka, om i cystans botten calyces kännas. Om så ej är fallet, kan man med visshet utesluta hydronefros och lämpa sitt vidare tillvägagående därefter. För att afgöra, om echioncoccus eller en njurcysta föreligger, torde profpunktion med undersökning af vätskans specifika beståndsdelar vara mest lönande.

Cystvätskans beskaffenhet för öfrigt är ej i något afseende karakteristisk, utan öfverensstämmer med innehållet af cystor, utgångna från andra organ. En ganska betydlig ägghvitehalt, paralbumin, kolestearin utgöra väl de vanligaste beståndsdelarne, men enligt Simon kan ibland liksom i echinococcusblåsor urinämne påträffas.

Hvad behandlingen af njurcystan angår, har i de flesta i litteraturen angifna fall transperitoneal nefrektomi utförts, emedan den kliniska diagnosen blifvit ställd på en ovarial- eller mesenterialcysta. Brodeur har i sin monografi öfver njurarnes kirurgi af år 1886 sammanstält 12 fall af medfödda och förvärfvade cystnjurar; i 11 af dessa gjordes nefrektomi med gynnsam utgång i 4; i ett fall gjordes nefrotomi med lycklig utgång. Tuffier (l. c.) anför 24 nefrektomier med gynnsamt resultat i 13. I allmänhet äro författarne ense om att anse nefrektomien såsom en allt för ingripande operation vid solitära njurcystor. Dels äro symptomen lindriga, och dels är det endast en relatift ringa del af njursubstansen, som gjorts otjenstbar genom trycket. I ett fall, sådant som det ofvan anförda, der redan smärre cystor här och hvar börjat bildas, är det väl otvifvelaktigt,

att nefrektomi så godt först som sist varit indicerad. Terrier (Revue de Chirurgie 1890) och Malherbe hafva publicerat hvar sitt fall af njurcysta, der nefrektomi med gynnsamt resultat utfördes. Utom njurexstirpation har såväl nefrotomi som punktion användts vid cystnjure. I Slajmers fall, der 2 äpplestora, vid konvexa njurranden sittande cystor förefunnos, och der mer än $^3/_4$ af till utseendet friskt njurparenkym funnos qvar, gjordes transperitoneal nefrotomi, hvarefter njuren med resterna af cystväggarne fastsyddes vid peritoneum parietale. Pat. tillfrisknade. Abbe (New York med. journal 1890) anför 2 fall af stora paranefritiska cystor, som efter incision och dränage gingo till fullständig helsa. Thornton (l. c.) uttalar sig för punktion såsom ett temporärt försök till läkning i fall af enkel cyst- eller hydronefrosbildning; ett säkrare resultat anser han dock erhållas genom nefrotomi. Om punktion enbart sålunda är indicerad blott såsom ett diagnostiskt eller mera tillfälligt ingrepp, blir densamma förenad med jodinsprutning ett godt terapeutiskt medel vid solitära njurcystor. Simon relaterar ett sådant fall, der cystan efter två jodinsprutningar bragtes till skrumpning. Hans försök att på samma sätt bota hydronefros misslyckades deremot.

Utom de nämda ingreppen har på sista sex åren pröfvats ett nytt förfaringssätt, som visat sig mycket användbart vid solitära njurcystor och några andra kirurgiska njurlidanden, specielt echinococcus och godartade svulster, som inkräktat endast en del af parenkymet, nämligen den partiela exstirpationen af njuren eller njurresektionen. Den förste, som utförde denna operation på menniskor, var Czerny, hvilken 1887 borttog en äpplestor tumör, sittande på njurens konvexa rand, och därvid samtidigt resecerade en del af parenkymet ända in på pyramiderna. Tuffier, som utgifvit ett arbete om partiel nefrektomi vid stora, solitära njurcystor, förordar, att cystan utskäres, och omedelbart derpå den i njurparenkymet bildade defekten hopsys.

Han har enligt denna metod hos en 64-årig pat. med bästa resultat aflägsnat en citronstor cysta från öfre njurändan. Faran af en blödning är obetydlig och försvinner alldeles, sedan suturerna lagts. Bardenheuer (Archiv für klin. Chirurgie 1891) har i 2 fall utfört njurresektion. I det ena af dessa, der en barnhufvudstor cysta intog njurens nedre ända, borttogs en tredjedel af njuren medelst ett horizontalsnitt. Blödningen stillades med kompression, genom omstickning af några kärl och medelst kauterisation. Såret lemnades öppet och uttamponerades. Njurbäckenet, som skadades vid snittet genom njuren, hopsyddes med några suturer. Förloppet var reaktionsfritt under 2 dagar, men sedermera uppträdde på grund af urinens utträde ur det sårade bäckenet septiska symptom, som nödvändiggjorde nefrektomi.

Tillståndet efter operationen af det här opererade fallet har hela tiden varit godt. Att någon feber inställde sig under de första dagarne, bör ej förvåna vid ett så pass djupt ingrepp som en nefrektomi. Den upphörde emellertid på 7:de dagen, och pat. har sedan varit afebril. Det spår af ägghvita, som uppträdde i urinen till en början, torde kunna förklaras såsom en öfveransträngning af den återstående njuren, som fått dubbelt arbete. Urinmängden har småningom gått upp till den ganska normala siffran af 1125 kbctm. Pat. utskrifves i dagarne. Såret är ej fullständigt läkt, men besvärar henne ej.

Bidrag till hjärnabscessernas kasuistik.

Af

A. Lindh.

1) Handlanden A. H., 36 år, intogs å Sahlgr. sjukhusets kirurg. afd. d. $^{30}/_{10}$ 92. Hade haft varflytning ur högra örat sedan 20 år. För en månad sedan inträdde försämring med svår värk och ökad flytning. De häftiga smärtorna voro lokaliserade omkring örat och å pannan på den sjuka sidan, men på sista tiden hade värken äfven öfvergått på venstra sidan i pannan och å hjässan nedåt nacken. Haft lifliga drömmar, som äfven i vaket tillstånd lifligt föresväfvat pat. flera timmar efteråt. De 3 första dagarne hade pat. feber (40°), men sedermera ingen temperaturförhöjning. Ett par dagar före inkomsten märktes en lindrig ptosis å venstra ögat liksom en lindrig pares af de nedre facialisgrenarne å venstra sidan, hvilken pares vid inkomsten var betydligt ökad. Han hade de första dagarne af sjukdomen kramp i nackmusklerna, hvarför man nästan misstänkte en börjande meningit. Har legat till sängs hela tiden, men har icke besvärats af någon yrsel, då han någon gång behöft gå upp. Matlusten dålig sista veckan. Ingen afföring utan lösande medel.

Status præsens d. 30 okt. Pat. är kraftigt och starkt byggd. Blicken något beslöjad. De våldsamma smärtorna, som komma anfallsvis, hafva sitt säte i hufvudets venstra sida öfver hjässan och nedåt bakhufvudet. Ibland ropar pat. och klagar högt samt är förtviflad. Pupillerna äro lika stora och för öfrigt utan anmärkning. Venstra facialis nedre grenar något paretiska, hvilket visar sig tydligt, då pat. grinar eller skrattar. Mycket lindrig ptosis å venstra ögat, hvilken försvinner vid vissa rörelser. Ingen skillnad i rörligheten och sensibiliteten å armar eller ben. Vid undersökning af högra örat visar sig en mycket lindrig varflytning, som dock ej hindrar, att man kan se en stor perforation å trumhinnan. Huden bakom detta öra något

svullen, men ingen anmärkningsvärd ömhet derstädes. Venstra trumhinnan frisk. Urinen ägghvitefri. Från öfriga organ intet att anmärka. Med anledning såväl af anamnesen som det närvarande tillståndet misstänktes visserligen närvaron af en hjärnabscess, men, då en suppuration i processus mastoideus — som äfven kan medföra häftiga smärtor i hufvudet och allarmerande symptom — ej heller ansågs osannolik, gjordes samma dag *trepanation* af detta parti, hvarvid dock visade sig, att cellulæ mastoideæ voro alldeles friska. Pat. fördrog detta ingrepp godt, men det medförde icke någon förbättring.

1/11. Pat. har haft en tämligen lugn natt, men är nu mycket slö och apatisk. Svarar på tilltal, men gör det trögt och motvilligt. Facialisparesen ännu mera utpräglad å venster sida, isynnerhet vid försök att grina. Temperaturen fortfarande afebril. Pulsen långsam, intermittent, omkring 40 i freqvens. Nu gjordes *trepanation i tinningbenet*. En främre hud-periostlambå anlades, så att ett ungefär 5 öre-stort parti af kraniet blottades straxt ofvan och något framom högra öronmusslan. Med en trepankrona genomskars benet till hälften, hvarefter med mejsel borttogs så mycket ben, att en fingerända kunde införas till duran. Nu gjordes med en Pravaz' spruta 2:ne profpunktioner. Stinkande var erhölls i båda fallen. Derpå anlades ett korssnitt i duran; hjärnan buktade fram i såret, men visade ingen pulsation. Derefter gjordes incision i hjärnmassan, och på 2 ctms djup anträffades abscessen, som uttömde 2—3 matskedar stinkande var. Straxt efteråt började hjärnsubstansen pulsera. Pulsen höjde sig också samt blef jämn och 72 slag efter att straxt före operationen hafva varit intermittent och 42 slag. Dränrör infördes i abscesshålan, som lätt sköljdes med sublimatlösning. Hudsuturer och förband.

2/11. Temperaturen i går afton 37,8°, puls 64, full och jämn. Facialisparesen minskad. Ej känt några häftiga smärtor. Temperatur i dag på morgonen 37,3°. Puls 72. Varit oredig och vild under natten, men lugn på morgonen. Lindrig strabism på venstra ögat utåt. Afföring efter lavemang.

3/11. Natten mycket orolig. Tycker sig hafva varit ute och rest på jernväg. Fick morfin till natten + bromkalium. Fortfarande afebril. Puls 60. Paresen qvarstår oförändrad sedan gårdagen. Allmänna tillståndet godt.

$^{4}/_{11}$. Natten något lugnare. Fortfarande ej fullt redig. Paresen som förut, likaså ptosis och den lindriga strabismen. Pulsen i går afton 80, i dag 68. Afebril. Förbandsombyte. Dränröret visade sig ligga bra. Fritt aflopp för sekretet.

$^{5}/_{11}$. Natten rätt lugn. Puls och temperatur som i går. Fortfarande oklar. Ingen värk.

$^{7}/_{11}$. Fortfarande lika oredig; vill gå upp och resa hem; fantiserar om hvarjehanda. Tillståndet i öfrigt godt. Såret läkt utom dränhålet, i hvilket röret får qvarsitta. Puls 80.

$^{11}/_{11}$. Tillståndet detsamma. Under kloroformnarkos gjordes förbandsombyte. Dränröret uttogs och ersattes med ett annat, som utfördes genom en ny öppning i huden omedelbart öfver trepanationsöppningen. Ett par punktioner i hjärnan gåfvo ej var. Sista dagarne mera slö och dåsig. Paresen mindre. Fortfarande något oredig. Puls mellan 80—90. Ingen feber.

$^{20}/_{11}$. Tillståndet fortfarande som förut. Suppurationen från såret har hela tiden varit ringa. Idag borttogs dränröret och ersattes med en jodoformgazremsa. Paresen och strabismen så godt som borta. Psykosen fortfar, så att han ofta är oregerlig och behöfver en à två vaktare. Låter ofta urinen i sängen.

$^{24}/_{11}$. I dag blef pat. alldeles vild. Slog i dörr och väggar samt kastade en kakelugnslucka ut genom fönsterrutan. Sofver dåligt på nätterna.

$^{1}/_{12}$. Något lugnare under de sista dagarna, fastän han fortfarande fantiserar öfver krig, eldsvådor och dylikt. Ibland dock redig. Obetydlig afsöndring från såret. Dålig aptit och sömn. Längtar alltid mycket till hemmet, hvarför han i dag utskrefs. Tillståndet undergick dervid en betydlig förändring. Kunde själf gå utför sjukhustrapporna. Kände igen sina barn vid hemkomsten samt deltog i familjens måltid vid middagsbordet.

Under de följande dagarne var han nästan alldeles redig och lugn. Fick bättre aptit och sömn. Vistades uppe nästan hela dagarne. Då han efter 8 dagars förlopp infann sig å sjukhuset för att ombyta förband, var han fullt frisk.

Såret var efter ett par veckor fullkomligt läkt. Sedan dess har pat. ofta visat sig på sjukhuset. Fullkomligt återställd sköter han sina affärer. Varafsöndringen ur örat nästan ingen.

2. Flickan E. J., 8 år, från Angered, intogs d. $^{26}/_{12}$ 92. Fadren och modren alltid friska. Skall enligt uppgift aldrig hafva haft syfilis eller kronisk sjukdom. Ej heller har hon fått något slag i hufvudet eller varit utsatt för något annat yttre våld. Öronen hade alltid varit friska. Något anlag för tuberkulos kan ej heller spåras. För $^1/_2$ år sedan hade pat. ett knöligt utslag å hufvudet. Detta försvann på 2 dagar. Var sedan kry och gick i skolan. Lärer dock hafva varit mycket tyst och ibland dåsig. *11 à 12 veckor före inkomsten på sjukhuset* insjuknade pat. häftigt med febersymptom, hvilka räckte $5^1/_2$ veckor. Under de första 14 dagarne efter feberns början hade pat. ett par gånger ryckningar i armarne och "sköt fradga för munnen". *Tio dagar* efter feberns början förlorade pat. talförmågan, och lamhet inställde sig först i armen och derpå i benet å högra sidan (dock ej på samma dag). Lär aldrig hafva varit sanslös. Doktor Rydelius, som besökte flickan endast en gång d. $^{13}/_{10}$, har upplyst, "att flickan då hade hög feber och synnerligen svår hufvudvärk i pannan och hjässan. Hon kunde då ej uttala annat än vissa ord, såsom "aj, ja och nej", och kunde endast i inskränkt grad förmås att röra på höger arm och ben, hvilka kändes styfva och rigida och synbarligen smärtade henne vid rörelser, men hon var vid full sans, hade inga ryckningar, ej olika stora pupiller, som väl reagerade för ljus, ingen förlamning i ansigtsmusklerna, tungan eller gomseglet". Något anmärkningsvärdt å hufvudets yttre delar observerade icke Dr R. Emellertid utvecklade sig *8 veckor* efter sjukdomens början en "kula" å hjässan under obetydlig värk. Denna svullnad tilltog så småningom. Lärer under de sista 4 veckorna ej haft några ryckningar eller dragningar i högra armen, hvilket pat. hade under den första hälften af sin sjukdom. Känseln i högra armen lär också hafva varit borta under sjukdomens mellersta skede.

Status præsens. Pat. ser blek ut och är mycket afmagrad. Midt öfver hjässan en nästan knytnäfvestor abscess, hvilken inciderades, hvarvid en stor mängd var utrann. Huden öfver denna bulnad hel och utan någon ärrbildning, som kunde antyda något trauma. Ansigtsuttrycket förståndigt och pat. vid full intelligens. Svarar ej på tilltal. Kan endast säga "ja" och "nej". Förstår dock allt, hvad som säges. Högra pupillen något större än den venstra, båda reagera för ljus. Tydlig pares af nedre grenen af

högra nerv. facialis. Tungan devierar ej. Syn och hörsel goda. Ingen hemianopsi. Högra armen lindrigt paretisk, ej styf, ingen atrofi, inga ryckningar. Sen- och periostreflexer ej tydligt förstärkta. Temperatur- och ortsinne normala, likaså smärtsinnet.

Hela högra benet tydligt paretiskt och rigidt, isynnerhet i höft- och knäleden. Ingen atrofi. Inga vasomotoriska rubbningar. Inga ryckningar. Sensibiliteten normal. Patellarreflexen å högra benet mycket stegrad. Tydlig dorsalklonus å samma ben. Bukreflexer tydliga, lika å båda sidor.

Ingen feber. Sömnen god. Aptiten dålig. Afföring trög. Urinen fri från albumin. För öfrigt intet att anmärka.

$^{7}/_{1}$. Under hela tiden tillståndet som förut. Svagheten i armarne dock större. Feber 38,8^{0}. Vid sondering genom abscesshålan kännes i dag en skarp benkant, hvarför *trepanation* företogs. Huden öfver den förra abscessen klöfs, hvarvid befanns, att benet var blottadt på en 5-örestor yta straxt till venster om hjässans medellinie. Å midten af detta benparti fanns en håla, der efter utskrapning och uppmejsling af det karierade benet duran låg blottad. I den senare fanns ett litet hål, ej större, än att en knappsond kunde införas. Densamma kunde utan något motstånd införas 8 ctm. djupt nedåt och utåt i en håla i hjärnan. Den lilla öppningen i duran utvidgades, och ett dränrör infördes, hvarigenom mycket var utrann. Anmärkas bör, att intet tecken till caries visade sig å benets insida. Redan dagen derpå var pat. afebril.

$^{11}/_{1}$. Pat. fortfarande afebril, men pareserna qvarstå oförändrade. Uttalar orden ja och nej något klarare och högre än förut. Dränröret uttogs, hvarvid var och klar vätska utrann. Nytt dränrör inlades.

$^{17}/_{1}$. Afsöndringen från såret ringa. Dränröret, som var 3 ctm. långt, förkortades. Sedan igår bättre i armen; rörelserna säkrare och kraftigare, så att hon nu genast med handen kan fatta tag i ett föremål, som hålles framför henne, i stället att som förut med handen skjuta på sidan om detsamma. Facialisparesen och talet oförändrade.

$^{25}/_{1}$. Dränröret, som åkt ut ur såret, borttogs. Ingen olikhet i pupillerna. Facialisparesen mindre. Kan af ordet god-dag säga senare delen, i öfrigt blott ja och nej.

$^{31}/_{1}$. Kan nu stå på benen och äfven taga små korta steg.

$^{5}/_{2}$. Utskrefs.

Modren har ett par gånger efter flickans utskrifvande besökt sjukhuset och berättat, att hon för öfrigt är bättre både i arm och ben, men att hon fortfarande icke kan tala mer än förut.

8/7. Pat. förevisades i dag för deltagarne i den nordiska kirurgiska föreningen och befanns betydligt förbättrad. Kunde gå, men haltade något till följd af någon qvarstående svaghet i högra benet. Högra armen ganska kraftig. Kunde nu tala allt möjligt, fastän något suddigt. I öfrigt också frisk. På hösten visade hon sig nästan alldeles frisk.

Om vi i korthet sammanfatta dessa sjukdomshistorier, finna vi, att i det *första* fallet en 36-årig för öfrigt alldeles frisk man under 20 år haft en suppurerande otitis media å högra sidan. En månad före hans intagande på sjukhuset fick han ytterst svåra smärtor omkring örat och i pannan på den sjuka sidan, hvilka smärtor sedermera äfven öfvergingo på venstra sidan af hufvudet. Ingen feber, utom under de 3 första dagarne. Till en början kramp i nackmusklerna. Ingen yrsel. Inga härdsymptom förrän ett par dagar före inkomsten å sjukhuset, då en mycket lindrig pares började förmärkas å venstra ögonlocket samt en viss slapphet omkring venstra munvinkeln. För öfrigt inga anmärkningsvärda nervsymptom. Den 30 Okt. intogs han å sjukhuset, der genast *trepanation af proc. mastoideus* gjordes. Dervid visade sig cellulæ mastoideæ friska, och operationen medförde ej heller någon förbättring af tillståndet. Deremot blef han efter 2 dagar mycket slö och apatisk. Facialisparesen tilltog, oeh pulsen blef långsam, 40 slag. Ingen feber. Då man nu ansåg diagnosen af en hjärnabscess i närheten af n. facialis centrum mycket sannolik, gjordes trepanation straxt framför och ofvanför öronmusslan genom tinningbenet, hvarefter genast var fanns vid punktion med Pravaz' spruta.

Vid incision i hjärnmassan anträffades abscessen på 2 ctms djup. Straxt efter operationen blef pulsen jämn och normal (72 slag) efter att förut hafva varit intermittent och långsam (42 slag). De förut så våldsamma smärtorna i hufvudet voro borta och återkommo aldrig mer.

Deremot qvarstod paresen i facialis ända till d. 20 Nov. En lindrig strabismus divergens å venstra ögat visade sig dagen efter operationen och försvann ej på nära 3 veckor. Pat:s allmänna tillstånd var efter operationen ganska tillfredsställande, men deremot utbröt redan dagen efter operationen en rätt våldsam psykos. Pat. blef mycket oregerlig, hade vilda fantasier, som rörde sig om krig, eldsvådor, jernvägsresor etc. Detta tillstånd fortfor hela tiden under pat:s vistelse å sjukhuset till d. 1 Dec., men med ett slag ändrades hans befinnande, då han kom till sitt hem. Han blef redig och lugn och snart fullkomligt återställd. Då orsaken till hans hjärnabscess var fullt klar, är ej vidare att tillägga.

Deremot är det *andra* fallet mycket svårt att förklara. En 8 års flicka intages å sjukhuset d. 26 Dec. 1892 efter att under omkring 12 veckor hafva varit sjuk i hemmet. Hvarken syfilis, tuberkulos eller misstanke om yttre våld kan spåras. Ej heller någon öronsjukdom. Någon varbildning, som kunde antagas hafva gifvit anledning till en metastatisk härd i hjernan, kan ej misstänkas hafva förekommit någonstädes i hennes kropp. Tvärtom började symptomer af hjärnlidande visa sig redan i sjukdomens första stadium, ty redan under de första dagarne hade hon jämte stark feber ryckningar i armarne, och på tionde dagen mistade hon talförmågan och lamhet uppträdde då i högra armen och benet. Hela tiden full sans. 8 veckor efter sjukdomens början visade sig en subkutan abscess å hjässan. Pat. infördes som sagdt 12 veckor efter sjukdomens början å sjukhuset med nästan fullständig afasi och pares i högra armen och benet; äfven tydlig pares af den högra facialis' nedra gren. Full intelligens. Ingen feber. Allmänna tillståndet tämligen godt. Midt öfver hjässan en nästan knytnäfvestor abscess, hvars hudbetäckning ej visade något spår af yttre våld. Varet uttömdes medelst incisioner, utan att detta medförde någon minskning af de sjukliga symptomen. Vid några dagar derefter företagen trepanation af venstra

hjässbenet visa sig tecken af en kariös process å kraniets utsida jämte en fin perforation af venstra hjässbenet. I sammanhang med denna också en liten öppning i duran, genom hvilken sonden kunde införas i en 8 ctms djup abscess i hjärnmassan. Efter abscessens tömmande förbättrades pat:s tillstånd så småningom, så att hon vid utskrlfningen d. 5 Febr. 93 kunde stå på benen och taga några korta steg. Afasien blef dock nästan oförändrad. På hösten nästan frisk.

Fallet är ur många synpunkter mycket dunkelt. Då man väl kan antaga, att en primär hjärnabscess aldrig förekommer, måste man hålla sig till de vanliga orsakerna till dessa varbildningar i hjässan, antingen ett trauma, som åstadkommit ett öppet sår i skallens mjuka eller hårda betäckningar, eller också en annan varbildningsprocess å kraniet, vanligen utgången från öronen. Förutom dessa gifves det endast metastatiska eller tuberkulösa hjärnabscesser. På grund af den kariösa process, som i förenämda fall förefanns i venstra hjässbenet, skulle man vara mest böjd att anse denna som utgångspunkten, men någon traumatisk orsak till denna sjukdom i benet kunde hvarken spåras af anamnesen eller status præsens. Syfilis fanns ej, men tuberkulos kunde ju ej säkert uteslutas. I sådant fall skulle dock ett föregående skede med ömhet och svullnad i kraniets betäckningar hafva förefunnits, hvilket alldeles förnekas, och dessutom skulle väl perforation utifrån och inåt snarare hafva ledt till en meningit än till en hjärnabscess. En suppurativ pachymeningitis som utgångspunkt kunde man väl också ett ögonblick tänka på, men, hvad som allramest talar mot den sjukliga processens gång utifrån och inåt, är den omständigheten, att redan i sjukdomens början — på tionde dagen — så starkt utvecklade hjärnsymptom, som fullständig afasi och tydlig pares af högra sidans arm och ben uppträdde. I följd häraf måste man antaga, att hjärnabscessen först uppkom, hvarefter sedermera perforation af duran och kraniet tillstötte. Först *8 veckor* efter sjukdo-

mens början visade sig ju början till den subkutana varbildningen. Men orsaken till hjärnabscessen?

Öronsjukdomar kunna uteslutas. Metastas från varhärdar i lungor, pleura, lefver orsaka vanligen multipla hjärnabscesser, men någon gång uppkommer dock endast *en* abscess i hjernan, och jag har själf sett dylika ett par gånger från ett empyem och från en septisk affär i uterus. I detta fall kunde dock undersökningen icke påvisa, att några varhärdar förekommit i pat:s organ, ty dessa voro fullkomligt friska. Men pat. hade ju varit sjuk 12 veckor, innan hon kom till sjukhuset, och någon ringa möjlighet kunde ju således finnas, att en varig inflammation någonstädes t. ex. i buken förefunnits i sjukdomens tidigaste stadium och sedermera öfvergått ad integrum.

Om det således är svårt att finna orsaken till varbildningen i hjärnan, så är det ännu svårare att förklara, huru denna varhärd kunnat perforera genom duran och kraniet, om man nu får antaga, att den sjukliga processen gått inifrån och utåt. Jag må verkligen bekänna, att saken fortfarande synes mig lika dunkel som i början. Äfven om man antager, att sjukdomen står på tuberkulös botten — för hvilket antagande dock inga säkra skäl tala — så blir förklaringen ej stort lättare. Att en dylik hjärnabscess perforerar inåt hjärnventriklarne är ju en vanlig sak, men utåt genom kraniet är väl dock så ovanligt, att jag ej kunnat finna något liknande fall i den litteratur, som stått mig till buds. Dokter Rissler, som i Hygieas Maj-häfte 1893 skrifvit en afhandling "om intrakraniela komplikationer till otitis media purulenta", har dock haft bättre tillfällen än jag att genomgå hithörande litteratur. Han har sett uppgifvas, att en otitisk hjärnabscess kan tömma sig åt fossa temporalis till på det sätt, att efter en sammanlödning af hinnor och ben usur och perforation af kraniet uppstått.

Ett fall af nefrektomi.

Af

K. Schiller.

Hustru A. B., 42 år, från Göteborg, inkom på kirurgiska afdelningen den 22 Aug. 1893.

Anamnes: Pat. säger sig före sitt nuvarande lidande alltid hafva varit frisk och kry. Har genomgått sex partus, den sista för $3^1/_2$ år sedan. Regleringen började för 15 år sedan och har alltid varit regelbunden och normal; sista regleringen för 14 dagar sedan. Har såsom tillhörande den fattigare arbetsklassen alltid lefvat under ogynnsamma hygieniska förhållanden och ofta lidit brist. Dessutom fått arbeta strängt. — Inga tuberkulösa anlag kunna spåras inom slägten. Modern dog i barnsäng och fadern lefver ännu, 85 år gammal. — Början af sin nuvarande sjukdom förlägger pat. till i April detta år (sålunda 5 mån. tillbaka), då hon började känna sig matt och olustig. Hon gick dock uppe under närmaste tiden, men blef allt svagare och kraftlösare och kunde ej arbeta; måste slutligen vid midsommartiden intaga sängen. Hon började då lida af en allt mer tilltagande värk i högra lumbalregionen, strålande ned åt högra benet. I medio af Juli månad märkte pat. en liten, ungefär hönsäggstor svulst i högra sidan af buken. Denna har sedermera hastigt tilltagit i storlek. Plågorna i ryggen hafva ökats mer och mer, och högra benet har känts afdomnadt. Patienten har sen början af sin sjukdom magrat af högst betydligt och krafterna hafva i hög grad aftagit. Urinen har allt sedan början af sjukdomen varit grumlig och har sveda ofta inställt sig vid urineringen. Pat. har aldrig märkt urinen vara blodig, ej heller har afgång af grus observerats. — Den 19 Augusti intogs pat. på sjukhusets med. afdelning. Utom den stora tumören i högra sidan af buken märktes då en otydligt fluktuerande utfyllnad i högra lumbalregionen. En der företagen profpunktion gaf var. Urinen hade upprepade gånger undersökts på tu-

berkelbaciller, men med negatift resultat. Pat. öfverflyttades omedelbart efter företagen profpunktion till den kirurgiska afdelningen.

Status præsens den 23 Aug.

Patienten, som är sängliggande och ej förmår att vara uppe, ser lidande ut och är så afmagrad, att huden ligger tätt intill den reducerade muskulaturen. Ansigtsfärgen blek och synliga slemhinnor bleka och anämiska. Aptiten dålig. Sofver ej om nätterna utan sömnmedel. Temp. i går qväll 38,2^0, i qväll 37,6^0. Pulsen liten, af normal freqvens.

Hon klagar öfver nästan ständig värk i höger sida af buken med utstrålning åt ryggen och högra benet, hvilket senare ibland kännes bortdomnadt. I höger sida af buken kännes en ungefär barnhufvudstor tumör, som till konsistensen kännes hård och fast och låter förskjuta sig något mot underlaget. Ej adherent till främre bukväggen. Tumören når framåt ända till högra mammillarlinien samt utfyller hela rummet mellan nedre bröstkorgsranden och crista ossis ilei. Högra lumbaltrakten synes ansväld, och kännes der på djupet fluktuation. Vid starkare tryck ömmar pat. öfver tumören och markerar äfven smärta vid mindre tryck i lumbalregionen. Venstra njuren ej palpabel, och ingen ömhet förefinnes heller i venstra njurtrakten.

Urinen är rätt grumlig, af sur reaktion och ger en obetydlig albuminreaktion. Den visar sig mikroskopiskt innehålla en stor mängd varkroppar samt något blåsepitel. De å med. afdeln. gjorda undersökningarne å tuberkelbaciller gåfvo, som redan nämts, negatift resultat. Öfver höger lungspets höras några hårda rassel. Från öfriga organ intet att anmärka.

Urinmängden dagen före operat. utgjorde 1000 kbctm.

Operation den 25:te Augusti. Eternarkos.

Snitt lades från 12:te refbenet till crista ilei. Efter genomskärning af fascia lumbo-dorsalis framvälde var af ovanligt septiskt utseende till en mängd af ungefär en half rondskål. Den stinkande abscesshålan sköljdes derpå och uttorkades noggrant med steril gaz. Sedan för utrymmes vinnande ett mot det förra vinkelrätt snitt lagts genom bukmuskulaturen, började fripreparering af njuren. Först försökte jag att från abscesshålan lösgöra njuren, men måste dock på grund af svårigheterna, som der mötte, afstå derifrån. Abscesshålan befanns nämligen utklädd af en flera ctm. tjock svål, och att genomtränga denna utan att

skada peritoneum ansåg jag omöjligt. Jag förlängde i stället det sista horisontela snittet, tills jag kom in till peritoneum, der detta var fritt från den njuren omgifvande svålen, och sökte sedan lösgöra peritoneum från njuren eller rättare sagdt svålen. Detta lyckades till sist efter ett drygt arbete, tyvärr dock ej utan lesion af peritonealbladet, i hvilket trenne insnitt gjordes. På grund af den starka sammanväxningen mellan peritoneum och svålen kunde det förra ej lösgöras medelst trubbig dissektion, utan måste frånskalas med knif. De gjorda insnittena i peritoneum hopsyddes genast medelst fortlöpande suturer. Mot slutet af den svåra och långvariga frigörningen af njuren kollaberade patienten och blef pulslös, men återhemtade sig dock efter några kamfer- och eterinjektioner samt 800 kbctm. koksaltlösning subkutant, så att operationen i hast kunde afslutas. Kring pedunkeln lades derföre så fort sig göra lät en smal elastisk ligatur, som åtdrogs stadigt, hvarpå njuren exciderades med qvarlemnande af så mycket njurväfnad, att ligaturen ej kunde afglida. Från pedunkeln uppstod ingen blödning. I densamma fanns ett par ostiga härdar, hvilka utskrapades. Derpå aflägsnades så mycket som möjligt af de svåliga väfnaderna, hvilket endast med knif och sax lät sig göra. Såret uttorkades derpå och fyldes med lätt packad jodoformgaz. Suturer och förband. Operationen räckte i $1^3/_4$ timme.

Straxt efter operationen var pat:s tillstånd mycket uselt. Pulsen kändes endast som en svag undulation, hvarför gafs ytterligare en koksalttransfusion på 500 kbctm. subkutant, hvarefter pulsen blef något bättre.

Dagantecknigar:

Operationsdagen på qvällen var tillståndet fortf. mycket nedsatt. Kräkningar. Pulsen något starkare. Temp. $37{,}5^0$. Får vin jämte kamfer- och eterinjektioner.

D. $^{26}/_8$. Kräkningar fortf. Pulsen nu rätt fyllig, lugn och jämn, af normal freqvens. Temp. på morgon $37{,}1^0$, på aftonen $37{,}5^0$. Förbandet genomdränkt. Fbdombyte. Urinen klar och alb.-fri. Mängd under första dygnet 800 kbctm.

D. $^{27}/_8$. Pulsen kraftig och jämn. Temp. afebril. Urinen fortf. klar, alb.-fri. Mängd 750. Allm. tillståndet mycket bättre.

Sedan blef pat:s tillstånd för hvarje dag bättre. Temp. steg efteråt ej högre än till $37{,}6^0$; aptit och krafter ökades.

Urinen, som enstaka gånger var något grumlig, gaf aldrig alb. reaktion.

Mängd se nedan:

26/8	800 kc.	3/9	1125 kc.	11/9	1875 kc.	19/9	1875 kc.
27/8	800 kc.	4/9	1000 kc.	12/9	2250 kc.	20/9	2000 kc.
28/8	750 kc.	5/9	1000 kc.	13/9	1875 kc.	21/9	1875 kc.
29/8	625 kc.	6/9	1500 kc.	14/9	2300 kc.	22/9	1800 kc.
30/8	750 kc.	7/9	1625 kc.	15/9	1875 kc.	23/9	1500 kc.
31/8	1000 kc.	8/9	1500 kc.	16/9	1800 kc.	24/9	1625 kc.
1/9	1000 kc.	9/9	1800 kc.	17/9	2000 kc.		
2/9	1500 kc.	10/9	1800 kc.	18/9	2300 kc.		

Urinen höll sig sedan omkring 1500 kbctm. pr dygn.

Den 1/11 fick pat. kläder. Hon var då tjock och fet och hade utmärkt aptit. Klagar ibland öfver "domning" i höger ben. Känner sig i öfrigt frisk.

Till en början inställde sig stark varafsöndring från såret, hvilken, ehuru på sistone betydligt minskad, fortfor, så länge pat. qvarlåg å sjukhuset. Den elastiska ligaturen qvarlåg, tills den lossnade af sig själf d. 12/11. Pat. utskrefs den 8/12 och hade då ett riktigt blomstrande utseende.

En fistel qvarstod, hvarur dock föga var afsöndrades.

Sen utskrifningen har pat. flera gånger visat sig å Polikliniken. Hon är fortfarande kry, men säger sig ej orka arbeta så som förut. Fisteln qvarstår ännu. Urinen är fortf. klar, och höll sista gången (d. 20/1) ej spår af alb.

Den borttagna njuren var mer än dubbelt så stor som en vanlig normal njure. Den var omgifven af en fast, hård, 3—4 ctm. tjock svål. Af njursubstans fanns ej spår, utan utgjordes hela njuren af en ostig massa, som i det hela var af någorlunda fast konsistens, men på cirkumskripta ställen visade öfvergång till suppuration.

Redan vid första anblicken af detta fall kunde man se, att den stora, på bukväggen tydligt markerade tumören måste stå i sammanhang med njuren, och den närmare undersökningen stadfästade också denna förmodan. Den på Med. afdeln. i lumbalregionen utförda profpunktionen visade derjämte, att man hade med en suppurativ affär att göra, och att denna låg såsom en perinefritisk abscess, angaf den i lumbaltrakten tydliga fluktuationen.

Men att dessutom den kolossalt förstorade njuren äfven var säte för en sjuklig process, var ju tydligt, och hade man dervidlag väl närmast att tänka på en pyonefros (pyelitis), tuberkulos eller en suppurerande nybildning (carcinom). Mot carcinom talade frånvaron af blödningar och tumörens fasta och hårda konsistens, hvilken vid en cancernjure af så betydlig storlek borde varit mjukare, degig eller pseudofluktuerande. Ej heller fanns någon utpräglad cancerkakexi, hvilken i sådant fall äfven borde funnits. Att med säkerhet ställa differentialdiagnosen mellan en pyonefros eller pyelonefrit och tuberkulos var ej utan sina svårigheter. En varnjure af så betydlig storlek borde känts mjukare, särskildt om varet till sin största mängd var lokaliseradt i njurbäckenet. Anamnesen gaf ej heller vid handen några särskilda symptom för en pyelonefrit. Inga svårare feberanfall med förutgående frosskakningar tyckas hafva förekommit, och ej heller hade pat. någonsin märkt någon afgång af större mängder var med urinen, hvilken blott lär hafva varit "grumlig". Smärtor i njurtrakten hade visserligen förekommit, men dessa återfinnas ju mer eller mindre vid andra njuraffektioner och äfven vid tuberkulosen. Mot denna senare talade visserligen afgjordt det negativa resultat, som tuberkelbacillundersökningarne gifvit, men såväl själfva sjukdomens långsamma, smygande förlopp som yttre undersökningen af tumören tydde mer på tuberkulos, och härtill kom slutligen, att å annat ställe i kroppen, nämligen i högra lungspetsen, fanns en alldeles gifvet tuberkulös affektion, hvilken måhända får anses som den primära härden. En absolut säker diagnos kunde emellertid ej ställas. Ett kirurgiskt ingrepp var ju i alla fall tydligen indiceradt, och öfverlemnade jag ställandet af den närmare differentialdiagnosen, tills njuren under operationens gång blifvit frilagd. Af det ur den perinefritiska abscessen tömda varet kunde man ej få någon ledning för diagnosen. Detta var stinkande och påminde till lukt och utseende om varet från ett thoraxempyem. I ett annat fall af perinefritisk abscess,

som opererats i höst, var utseendet på varet så fullkomligt likt det från en kall abscess, att, hade ej de upprepade tuberkelbacillundersökningarne af så väl var som omgifvande väfnad visat negatift resultat; skulle diagnosen utan tvifvel satts på tuberkulos. I detta fall fanns också en svålig väfnad som vägg i abscesshålan, men ingen förstoring kändes af njuren. Fallet, som haft ett tämligen akut förlopp (1 månad), gick också ganska fort till helsa, så att pat. efter en månad kunde utskrifvas nästan läkt. Efter nyligen ingångna underrättelser är tillståndet också fortfarande godt.

Att döma af dessa båda fall kan man sålunda ej af varets utseende i den perinefritiska abscessen hafva någon ledning vid bestämmandet af den sjukliga förändringen i njuren.

I rent tekniskt hänseende erbjöd själfva operationen rätt betydande svårigheter, dels i följd af det trånga utrymmet mellan 12:te refbenet och crista ilei och dels iföljd af det intima sammanhanget mellan njuren och dess peritonealbeklädnad, hvilken trots största möjliga försigtighet dock trenne gånger lederades, hvilket med hänsyn till den stinkande abscesshålan var ett rätt obehagligt evenement, som dock dess bättre ej hade några tråkigare följder.

Ett fall af spina bifida obliterata.

Af

A. Lindh.

Albert L., 9 mån., från Åmål, intogs å sjukhuset $^{30}/_{10}$ 93. Modren uppgaf, att pat. redan vid sin födelse hade en svulst af en valnöts storlek i sakraltrakten. Denna knöl förorsakade pat. betydliga smärtor, och efter 3 veckors förlopp uppkom ett hål på densamma, hvarvid utrann blod och var. Läkning inträffade dock, fastän svulsten qvarstod och småningom tilltog i storlek. Man hade iakttagit, att svulsten ibland varit större och ibland mindre, utan att detta stått i samband med pat:s skrik eller hosta. Pat:s krafttillstånd var under de första lefnadsveckorna mycket nedsatt, men förbättrades sedan betydligt. Några mera framträdande förlamningssymptom hafva ej af modren kunnat iakttagas. Pat:s fötter hafva dock haft benägenhet att vara uppåtböjda (dorsalflekterade).

Status præsens d. $^{30}/_{10}$: Pat:s kroppskonstitution och näringstillstånd är godt. Från hjärta och lungor intet att anmärka. Öfver sakralkotorna finnes en svulst, som höjer sig ungefär 2 ctm. öfver omgifningen; den har en utbredning i längd af $4^1/_2$ ctm. och en bredd af 3 ctm. samt är något tillplattad. Den är så att säga delad i 2 hälfter, en öfre och en nedre. Den öfre halfvan är genom en tvärfåra delad i 2:ne lober, af hvilka den öfre är för känseln mjuk och utan fluktuation samt försedd med en ärrigt indragen röd hudbeklädnad, och den nedre loben fluktuerande, har en tunn hvitaktig, membranliknande beklädnad. Tumörens nedre hälft är genom en längdfåra också delad i 2:ne lober som båda hafva hudbeklädnad, äro mjuka utan fluktuation, Svulsten låter sig ej vidare komprimeras, är ej vid basen insnörd, utan med sin största genomskärningsyta fästad vid sitt underlag. Anus sitter något längre bakåt än vanligt. Hufvudskålen är af normal form. Ingen hydrocephalus. Pat. är något slankig i fotlederna. Fötterna äro tämligen

dorsalflekterade. För öfrigt förekomma inga förlamningssymptom, ej heller några andra missbildningar.

$^{31}/_{10}$. *Operation.* Med mycken svårighet och under rätt liflig blödning lyckades det slutligen att fridissekera hudens ärrlika väfnad från den underliggande, rätt fasta och fibrösa tumören, hvilken visade sig med en blyertspennetjock stjälk stå i förbindelse med ryggmärgskanalen. Denna stjälk ligerades så nära de öfversta sakralkotorna som möjligt och afklipptes, hvarefter såret täcktes med hudflikarne och hopsyddes.

Tumören, som icke innehöll något hålrum, utan var solid, undersöktes närmare af doktor Tirén, som fann i densamma både märghaltiga nervtrådar och gliaväfnad, hvaruti canalis centralis syntes liggande excentriskt. Inga ganglieceller.

Läkningen af såret fortgick ostörd. Allmänna tillståndet godt. Inga förlamningssymptom efter operationen.

$^{8}/_{11}$. Såret läkt p. pr. Suturerna uttogos.

$^{11}/_{11}$. Pat. eger full rörlighet som förut i benen, och modren anser till och med, att han står bättre och visar mer stadga i fötterna än före operationen. Utskrefs.

$^{13}/_{1}$ 94 bref från fadren, som upplyser, att gossen fortfarande är frisk och kry. Kryper med stor färdighet och börjar försöka att stiga upp, är stor och stark.

Såväl anamnesen, undersökningen af pat., operationen som den patologiska undersökningen af tumören ådagalägga, att en spina bifida här från början förefunnits, hvilken efter föregången perforation hemfallit åt en fibrös obliteration. Fallet är nog af så ovanligt sällsynt beskaffenhet, att det är värdt ett omnämnande.

Rapport

öfver

Konvalescenthemmet å Götaberg.

Sahlgrenska Sjukhusets bokslut för dess KONVALESCENT-afdelning på Götaberg för år 1893.

	Vinst & Förlust				Balance Conto			
	Utgifter		Inkomster		Tillgångar		Skulder	
Stadskassans Anslag . . .	—	—	10,000	—	—	—	—	—
Giro Conto	—	—	—	—	10,579	84	—	—
Diverse omkostnader . . .	89	28	—	—	—	—	—	—
Augusta Adebahr	—	—	—	—	21	93	—	—
Hushållets Conto { Mathåll.	3001	46	—	—	—	—	—	—
Hushållets Conto { Diverse	152	62	—	—	73	92	—	—
Aflönings Conto	1205	96	—	—	—	—	—	—
Inventariers Conto	472	—	—	—	4230	—	—	—
Belysnings Conto	60	32	—	—	—	—	—	—
Ved & Kol Conto	326	77	—	—	290	—	—	—
Byggn. Underh. Conto . .	65	55	—	—	—	—	—	—
Medikamenters Conto . .	297	95	—	—	—	—	—	—
Intresse Conto	—	—	36	—	—	—	—	—
Conto pro Diverse	—	—	—	—	—	—	678	15
Öfverskotts & Brist C:to	4364	09	—	—	—	—	14,517	45
	10,036	—	10,036	—	15,195	69	15,195	69

Göteborg den 31 Dec. 1893.

Sten Helling.

Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Konvalescent-Afdelning å Götaberg vårdade sjuke och sjukdomar år 1893.

Sjuke personer:	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde: friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1894	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
a) invertes	—	5	92	90	142	104	72	52	11	37	5[1])	—	—	—	4	6
b) utvertes	2	1	48	8			38	5	6	4	2[2])	—	—	—	4	—
	246				246		246									
Sjukdomar:																
Febris typhoides	—	—	3	3	3	3	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas	—	—	2	6	2	6	1	6	—	—	1[2])	—	—	—	—	—
Gonorrhoea	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis pulmonum	—	—	4	3	4	3	—	—	3	1	—	—	—	—	1	2
„ renis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Strictura recti syphilit.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Chlorosis	—	1	—	13	—	14	—	3	—	9	—	—	—	—	—	2
Anæmia	—	1	1	9	1	10	—	5	1	5	—	—	—	—	—	—
Morbus maculosus Werlhofii	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1[2])	—	—	—	—	—
Anæmia perniciosa progr.	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus chronicus	—	—	3	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Delirium tremens	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intoxicatio chron. c. cyanet. kal.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dementia senil.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Meningitis cerebralis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hysteria	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

[1]) 4 st. återremitterade till Sahlgrenska sjukhuset.
[2]) Återremitterade till „ „

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1894	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Neurasthenia	—	—	1	4	1	4	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—
Chorea	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Morbus Basedowi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Atrophia nervi optici	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Morbus Menièri	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Endocarditis	—	—	1	7	1	7	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Degeneratio cordis	—	—	1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—
Vitium organicum cordis	—	—	5	3	5	3	—	—	4	3	—	—	—	—	1	—
Empyema pleuræ	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Pleuritis exsudativa	—	—	4	3	4	3	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Bronchitis acuta	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ chronica	—	—	4	9	4	9	2	6	2	3	—	—	—	—	—	—
„ foetida	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Pneumonia acuta	—	1	26	8	26	9	24	8	—	—	—	—	—	—	2	1
Bronchopneumonia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus pulmonum	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Emphysema pulmonum	—	—	1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—
Asthma bronchiale	—	—	2	2	2	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Catarrhus ventriculi chron.	—	—	2	10	2	10	2	5	—	5	—	—	—	—	—	—
„ gastro-intest. acut.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ chron.	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus ventriculi	—	—	1	5	1	5	1	3	—	1	—	—	—	—	—	1
Dyspepsia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Typhlitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Perityphlitis	—	—	2	1	2	1	1	1	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Appendicitis	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Återremittrad till Sahlgrenska sjukhuset.

Peritonitis acuta	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ileus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholelithiasis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Nephritis acuta	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ chronica	—	—	7	4	7	4	3	—	4	4	—	—	—	—	—	—
Strictura urethræ	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Metritis	—	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Endometritis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Perimetritis	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Oophoritis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abortus	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Dysmenorrhoea	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumatismus musc. acutus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ chron.	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Genu valgum	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Rheumat. articular. acutus	—	1	5	13	5	14	5	14	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ chron.	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Malum coxæ senile	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Synovitis	—	—	4	1	4	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cexitis	—	—	4	—	4	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Distorsio	—	—	5	1	5	1	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxatio	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Spondylitis	—	—	3	—	3	—	—	—	1	—	1[1]	—	—	—	1	—
Eczema	—	—	1	2	1	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Ecthyma	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus simpl.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ anticruris	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Emphysema subcutan	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlegmone	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panaritium	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Cancer ventriculi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Fractura baseos cranii	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Återremitterad till Sahlgrenska sjukhuset.

	Qvarliggande från år 1892		Inkomne under 1893		Summa vårdade		Afförde friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1894	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Fractura claviculæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ humeri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ radii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ulnæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ antibrachii	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ costarum	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ femoris	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ anticruris	—	—	5	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	4	—	3	—	1	—	—	—	1[1]	—	—	—	2	—
„ fibulæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ malleolaris	—	—	5	2	5	2	4	1	—	1	—	—	—	—	1	—
„ ossium metatarsi	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ patellæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Congelatio	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intoxicatio acuta e vaporibus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
carbonum candent.	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	1	5	162	142	163	147	112	92	34	49	7	—	—	—	10	6
Summa	310				310		310									

O. Tirén.

[1]) Återremitterad till Sahlgrenska sjukhuset.