

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

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



per A. A. Goldberg

af  
Göteborgs Säll-  
skaps sjukhuset

# ÅRSBERÄTTELSE

N:o 5.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET  
I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1895.

UTGIFVEN AF

Öfverläkarne

Dr A. Lindh och Dr H. Köster.

---

GÖTEBORG,  
MEYER & KÖSTER'S BOKTRYCKERI,  
1896.



Biomedicinska biblioteket

PERIODIKA

# ÅRSBERÄTTELSE

N:o 5.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1895,

UTGIFVEN AF

Öfverläkarne

*Dr. A. Lindh och Dr. H. Köster.*

GÖTEBORG,  
MÖYER & KÖSTER'S BOKTRYCKERI,  
1896.

ÄRSBERÄTTELSE

N:o 5

1888

ALLMÄNNA ÖFR SÄLLSKAPETS ÅRSBERÄTTELSE

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1888

UTGIVNA

ÖFR

ÅRSBERÄTTELSE FÖR ÅR 1888



## Ekonomisk öfversikt för år 1895.

af Dr. A. LINDH.

År 1895.

**Mom. 1.**

Sammanlagda antalet sjuke, som året 1895\*) varit vårdade på detta sjukhus, utgjorde:

Qvarliggande från år 1894 på sjukhusets båda afdelningar . . . . .	181.		
Intagne under år 1895 på d:o . . . . .	2,291.		
	Summa	2,472.	.. 2,439.

*På Medicinska afdelningen:*

Qvarliggande från år 1894 . . . . .	90.		
Intagne under året . . . . .	1,121.	1,211.	.. 1,201.

*På Kirurgiska afdelningen:*

Qvarliggande från år 1894 . . . . .	91.		
Intagne under året . . . . .	1,170.	1,261.	.. 1,238.
	Summa	2,472.	.. 2,439.

**Mom. 2.**

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

Från Medicinska afdelningen . . . . .	1,017.		
„ Kirurgiska d:o . . . . .	1,153.	2,170.	.. 2,114.

**Mom. 3.**

Under året *utskrefvos döde*:

På Medicinska afdelningen . . . . .	103.		
„ Kirurgiska d:o . . . . .	31.	134.	.. 144.

*Dödlighetsprocenten* var således:

På Medicinska afdelningen . . . . .	8,5.
„ Kirurgiska d:o . . . . .	2,4.
och på sjukhuset i sin helhet . . . . .	5,4.

**Mom. 4.**

*Qvarliggande till 1896*:

På Medicinska afdelningen . . . . .	91.		
„ Kirurgiska „ . . . . .	77.	168.	.. 181.
	Summa	2,472.	.. 2,439.

\*) Af 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 . . . . .	29,774. . .	29,306.
„ Kirurgiska d:o . . . . .	30,609. . .	29,461.
	Summa 60,383. . .	58,767.

**Mom. 6.**

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

För Medicinska afdelningen . . . . .	81. . . . .	83.
„ Kirurgiska „ . . . . .	83. . . . .	81.
	Summa 164. . . . .	164.

**Mom. 7.**

*Medeltalet underhållsdagar för hvarje sjuk utgjorde:*

På Medicinska afdelningen . . . . .	24,58. . . . .	24,40.
„ Kirurgiska d:o . . . . .	24,27. . . . .	23,79.

**Mom. 8.**

*Från sjukhusets öppnande i Mars månad år 1782 till den 1 Januari 1896 uppgår antalet af vårdade sjuke till . . . . .*

98,620.

**Mom. 9.**

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

<i>Betalande i privata rum</i>		
à kronor 5,00 om dagen . . . . .	39. . . . .	39.
à „ 4,00 „ . . . . .	70. . . . .	78.
	109. . . . .	117.
 <i>Betalande i allmänna sjuksalarne</i>		
à kronor 2,00 om dagen . . . . .	246. . . . .	252.
à „ 0,75 „ . . . . .	448. . . . .	493.
	694. . . . .	745.

*Antalet betalande sjuke har således utgjort 803. . . . .*

862.

År 1894.

På *frinummer* vårdades:

Fattiga sjuka från stadens förs. . . . .	1,653. . . . .	1,565.
D:o        „ främmande „ . . . . .	48. 1,701. <u>44.</u>	1,609.
Å Silfverhjelmiska frisängen . . . . .	3. . . . .	1.
„ Rönnowska           d:o . . . . .	1. . . . .	1.
	S:ma S:rum 2,508. . . . .	2,473.

(Skillnaden i slutsiffran 2,508 här och 2,473 i mom. 1 beror därpå, att 36 sjuke måst uppföras under 2 olika betalningsklasser, eller som både betalande och frinummer.

**Mom. 10.**Antalet *underhållsdagar* har utgjort:

För <i>betalande patienter</i> . . . . .	15,302. . . . .	15,930.
„ <i>gratis d:o</i> . . . . .	45,081. . . . .	42,837.
	Summa 60,383. . . . .	58,767.

**Mom. 11.**

Af årets patienter tillhörde:

Göteborgs Domkyrkoförsamling . . . . .	666. . . . .	618.
„   Christinæ . . . . .	180. . . . .	219.
„   Garnisons . . . . .	10. . . . .	8.
„   Hospitals & Gamlestadsförsamling . . . . .	95. . . . .	100.
Carl Johans församling . . . . .	204. . . . .	244.
Haga                   „ . . . . .	443. . . . .	387.
Masthuggets         „ . . . . .	519. . . . .	510.
Mosaiska             „ . . . . .	9. . . . .	5.
Främmande församlingar inom riket . . . . .	366. . . . .	367.
Utländningar . . . . .	16. . . . .	15.
	Summa 2,508. . . . .	2,473.

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

För de privata sjukrummen . . . . .	Kronor 7,894—, 8,974—.
„   „ allmänna        „ . . . . .	„ 15,753,25 15,818,25
	Summa Kronor 23,647,25 24,792,25

Till Kassa-Direktören hafva blifvit aflemnade  
Kronor 24,211—.



År 1894.

**Mom. 13.**

*Summan af årets utgifter för den egentliga sjukvården* belöper sig till . . . . Kronor 98,997,81. 102,172,87.

**Mom. 14.**

*Egentliga kostnaden för hvarje sjuk pr dag har sålunda utgjort* . . . . . Kronor 1,62. 1,73.

**Mom. 15.**

*Kostnaden för hvarje sjuk i medeltal* Kronor 40,04. 41,89.

**Mom. 16.**

Om utgiftssumman, Kr. 98,997,81, divideras med medeltalet sjuksängar, som dagligen varit upptagne, eller 164.—, blir *medelkostnaden för hvarje under hela året upptagen sjuksäng* . . . . Kronor 603,64. 622,—

**Mom. 17.**

Utgifterna för de sjukas *utspisning* hafva utgjort:  
Kronor 24,793,85. 23,875,83.

**Mom. 18.**

*Tjenstpersonalen utspisning* har kostat  
Kronor 7,387,13. 7,729,70.

**Mom. 19.**

Utgiftssumman för de sjukas *utspisning*, fördelad på antalet underhållsdagar, utvisar för hvarje sjuk en *daglig medelkostnad för maten af* . . . . öre 41. 40,6.

**Mom. 20.**

*Medikamentskostnaden* har uppgått  
för medicinska afdelningen till . . . . Kr. 4,511,47. 4,341,21.  
” kirurgiska ” ” . . . . ” 2,473,31. 2,447,55.  
sammanlagdt för båda afdeln. . . . Kr. 6,984,78. 6,788,76.

År 1894.

**Mom. 21.**

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

på medicinska afdelningen . . . . .	öre 15,15.	14,81.
„ kirurgiska „ . . . . .	8,08.	8,30.

**Mom. 22.**

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

på medicinska afdelningen . . . . .	Kronor 3,72.	3,61.
„ kirurgiska „ . . . . .	1,96.	1,97.

**Mom. 23.**

*Lyshällningen* har kostat:

Gas-konsumtion för hela året . . . . .	Kronor 3,609,47.	3,625,56.
Fotogénolja, ljus etc. . . . .	„ 750,66.	689,85.
	Kronor 4,360,13.	4,315,41.

**Mom. 24.**

*Eldningsämnen* hafva kostat:

För stenkol 3,756 hl., cokes 270 hl., ved 64 fr och torf 1,080 centner . . . . .	Kronor 6,300,83.	6;698,76.
--	------------------	-----------

**Mom. 25.**

Sjukhusets *tvätt* har kostat:

För använd såpa och aflöningar till tvättpersonalen . . . . .	Kronor 4,230,63.	4,223,13.
---	------------------	-----------

**Mom. 26.**

*Diverse utgifter och förbrukningsartiklar* för sjukvården, såsom såpa och tvål för sjukrummen, kirurg. instrumenter och bandager, förband, linne, vin, öl och porter m. m. hafva uppgått till ett belopp af

Kronor 6,600,66. 8,519,56.

Deraf ungefärlig kostnad för kirurg.

afdeln:s poliklinik . . . . .	„ 3,000,—.
-------------------------------	------------

År 1894.

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

Kronor 9,094,86. 3,401,05.

**Mom. 28.***Aflöningar* åt:

2 Öfver-Läkare . . . . .	Kronor 6,000,—	6,000,—.
2 2:dre Läkare . . . . .	” 5,000,—	5,000,—.
Arvode till extra läkare under ordi- naries sjukdom o. tjänstledighet	” 768,11.	
Kommissarien . . . . .	” 3,200,—.	3,200,—.
Betjeningen, dess skatter, extra sjuk- vård . . . . .	” 12,300,95.	11,901,74.
Predikanten . . . . .	” 600,—.	600,—.
Sekreteraren . . . . .	” 600,—.	600,—.
Bibliotekarien . . . . .	” 300,—.	300,—.
Orgelnist . . . . .	” 150,—.	150,—.
Personligt lönetillägg till Öfver- läkaren D:r A. Lindh från 1 Juli 1885 . . . . .	” 2,500,—.	2,500,—.
	<hr/>	
	Kronor 31,419,06.	31,368,96.

**Mom. 29.**

<i>Hushållskontot</i> : Renhållning, parkanläggningens underhåll, diverse utensilier för ångmaskiner etc. upptager en summa af . . . . .	Kronor 2,824,26.	2,581,71.
Vattenförbrukning . . . . .	” 8,547,98.	7,140,—.
	<hr/>	
	Kronor 11,372,24.	9,721,17.

**Mom. 30.**

<i>Förvaltningen</i> : tryckningskostnad, porto etc. hafva medtagit en kostnad af . . . . .	Kr. 1,629,12.	1,772,35.
--	---------------	-----------

**Mom. 31.**

<i>För uppbörd</i> af de åt sjukhuset anslagna frälse- rättorna af donerade hemman i Halland är sjukhuset debiteradt med . . . . .	Kronor 519,56.	496,21.
--	----------------	---------

**Mom. 32.**

Från inventariet äro <i>afskrifne</i> för slitna och kasserade persedlar . . . . .	Kronor 7,580,—.	9,123,30.
---	-----------------	-----------

### Mom. 33.

*Sjukhusets alla utgifter och inkomster* året 1895, specificerade under sina särskilda titlar efter kassaförvaltarens räkenskaper, törhölla sig som följer:

#### A. *Utgifter för den egentliga sjukvården:*

Utpispning för patienterna . . . . .	Kr. 24,793,85.	
” ” tjänstepersonalen . . . . .	” 7,387,13.	
Medikamenter . . . . .	” 6,984,78.	
Lyshållning . . . . .	” 4,360,13.	
Eldningsämnen . . . . .	” 6,300,83.	
Tvätten . . . . .	” 4,230,63.	
Renhållningen (skurning & latrinbortförning) . . . . .	” 711,62.	
Diverse förbrukningsartiklar för sjukvården . . . . .	” 3,600,66.	
Förvaltningen: skrifmateriel, annonser, porto m. m. . . . .	” 1,629,12.	
Aflöningen: till 4 läkare, bibliotekarie, predikant, sekreterare, kommissarie, organist, 2 öfversköterskor, betjening och extra sjukvård . . . . .	” 31,419,06.	
Inventariet: afskrifning för slitning och kasserade persedlar . . . . .	” 7,580.—	98,997,81.

#### B. *Andra Utgifter:*

Ungefärlig kostnad för förband m. m. å kirurgiska polikliniken . . . . .	” 3,000,—	
Vattenförbrukningen, diverse utensilier för ångmaskinen, parkanläggningens underhåll m. m. . . . .	” 10,660,62.	
Byggnadens underhåll . . . . .	” 9,094,86.	
Uppbörd af Halländska hem:s-räntorna . . . . .	” 519,56.	
Brandförsäkrings premier i Svea till den $\frac{1}{9}$ 1900 . . . . .	” 1,550,87.	
Pension till f. d. kommissarien J. O. Vahlquist . . . . .	” 2,240,—	
Pension till Enkefru Langell . . . . .	” 500,—	
D:o till f. d. Öfversköterskan Petersén . . . . .	” 250,—	
D:o till f. d. Sköterskan Anna Abrahamson . . . . .	” 225,—	

S:ma Kronor 28,040,91.

S:ma S:rum Kronor 127,038,72.

**Inkomster:**

Tolagsmedel . . . . .	Kronor	6,000,—.
Intresse-medel: behållning af räntor . . . . .	„	6,838,42.
Inkomst för betalande sjuke . . . . .		24,211,—.
D:o från Fattigvården, för 1,313 sjuke och 36,891 underhålls- dagar, af Lesseska fondens ränta bekommen . . . . .	4,693,23. „	28,904,23.
Ekmaniska donationens afkastning . . . . .	„	87,44.
Öfverskott af hyror af fastigheten vid Östra Hamngatan . . . . .	„	4,762,50.
Frälseräntorna af Halländska hemmanen . . . . .	„	3,478,23.
Anslag af staden . . . . .	„	72,000,—.
Af öfverskott från föreg: år . . . . .	26,418,33.	
Årets brist . . . . .	„	4,967,90.
	Summa Kronor	<u>127,038,72.</u>

**Öfversigt af Sjukhusets ekonomiska ställning  
vid slutet af år 1895.**

**Debitorer.**

Kassakonto: Behållning enligt kassaboken . . . . .	Kr.	1,230,01.
Girokonto i Skandinaviska Kreditaktiebolaget Sjukhuset till godo . . . . .	„	10,767,78.
Depositions Konto . . . . .	„	1,000,—.
Reverser med inteckningssäkerhet . . . . .	„	126,000,—.
Allmänna Hypoteksbankens 5 % obligationer från 1877 nominelt 50,000 . . . . .	„	49,125,—.
Sjukhusets hemman i Halland . . . . .	„	70,000,—.
Frälseräntorna af d:o d:o . . . . .	„	3,478,23.
Ekmaniska donationen i Kilanda säteri . . . . .	„	1,000,—.
Fastigheten vid Östra Hamngatan . . . . .	„	75,000,—.
Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets byggnader . . . . .	„	240,000,—.
Inventariers konto . . . . .	„	61,319,24.
Ved och kolkontos behållning vid årets slut (68 fr ved, 3,430 hektol. stenkol, 90 ctr torf) . . . . .	„	2,500,—.
Fem aktier i Kampenhofs spinneribolag i Udde- valla, värderade till inalles*) . . . . .	„	6,000,—.
Sahlgrenska Sjukhusets konvalescentafdelning . . . . .	„	5,30.
	Summa Kr.	<u>647,425,56.</u>

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

**Kreditorer.**

<i>Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto</i>	Kr. 240,000,—.
<i>Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto</i> . . . . .	” 282,122,59.
Westringska donationen N:o 1 . . . . .	” 12,650,—.
” ” 2 . . . . .	” 20,067,44.
” ” 3 . . . . .	” 1,090,20.
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	” 5,006,72.
Fru Albertina Dorotea Jacobsens donation . . . . .	” 29,606,07.
Afkastning i räntor etc. af samma donation . . . . .	” 942,32.
(Af donationens afkastning skall $\frac{1}{3}$ -del utgå till donators syster, så länge hon lefver).	
Conto pro Diverse (obetalta räkningar) . . . . .	” 1,377,40.
Öfverskott och Bristkonto: Från öfverskott, befintligt vid 1894 års slut stort . . . . .	Kr. 26,418,33.
Afgår årets brist . . . . .	” 4,967,90.
öfverskottssumman blir således nu . . . . .	” 21,450,43.
	<u>Summa Kr. 647,425,56.</u>



1870  
1871  
1872  
1873  
1874  
1875  
1876  
1877  
1878  
1879  
1880  
1881  
1882  
1883  
1884  
1885  
1886  
1887  
1888  
1889  
1890  
1891  
1892  
1893  
1894  
1895  
1896  
1897  
1898  
1899  
1900

# 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 1895.

	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomne under 1895		Summa vårdade		A f f ö r d e				Qvarlig- gande till 1896					
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske		förbätt- rade		döde		m.	qv.		
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.				
<b>Sjuka personer:</b>																
invärtes . . . . .	37	53	582	539	619	592	272	265	213	207	33	27	50	53	51	40
<b>Sjukdomar:</b>																
<b>II. Morbi seniles.</b>																
Marasmus . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
<b>III.</b>																
<b>Morbi contagiosi et miasmatici acuti.</b>																
Morbilli . . . . .	1	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scarlatina . . . . .	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2 <sup>1)</sup>	—	—	—	—	—
Febricula . . . . .	—	—	4	3	4	3	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris typhoides . . . . .	—	—	18	25	18	26	5	13	—	—	10 <sup>1)</sup>	8 <sup>1)</sup>	3	2	—	3
Cholera nostras . . . . .	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Influenza . . . . .	1	1	5	11	6	12	6	12	—	—	—	—	—	—	—	—
Pertussis . . . . .	—	—	2	1	2	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—
Neuritis multiplex post diphtheriam . . . . .	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas faciei . . . . .	2	3	9	12	11	15	8	15	—	—	1	—	—	—	2	—
" aliorum regionum . . . . .	2	—	8	11	10	11	8	8	—	—	—	—	—	—	2	3
" pharyngis . . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pyæmia . . . . .	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arthritis septica . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 <sup>2)</sup>	—	—	—	—	—
	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

<sup>1)</sup> Remitterade till Epid. Sjukhuset.  
<sup>2)</sup> " " Kirurg. afdeln.



	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomme under 1895		Summa vårdade		Afförde				Qvarlig- gande till 1896			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske		förbätt- rade		döde		m.	qv.
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.		
<b>VI. Intoxicaciones chron.</b>														
Alcoholismus chron.	5	—	23	1	28	1	—	28	1	—	—	—	—	—
Delirium tremens	—	—	30	2	30	2	19	1	—	6	—	—	4	—
Ataxia et neuritis alcoholica.	1	—	4	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Epilepsia potatorum	—	—	9	—	9	—	5	—	—	1	—	—	—	2
<b>VII. Morbi psychici.</b>														
Melancholia	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Mania	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoia	—	—	3	2	3	2	—	—	—	3 <sup>2)</sup>	—	—	—	—
<b>VIII. Morbi systematis nervosi.</b>														
Hyperemia cerebri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmorrhagia cerebri	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Thrombosis	1	—	7	5	8	5	4	2	4	1	—	—	1	2
Embolia	—	—	1	4	1	4	—	—	2	—	—	—	—	—
Encephalitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus cerebelli	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Meningitis cerebralis	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pachymeningitis externa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Thrombosis sinus transversæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hemiparesis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Diplegia spastica cerebralis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hemianopsia	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Aphasia	—	—	2	1	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Cephalalgia	—	—	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Myelitis e compressione	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

1) Remitterad till hospital.

2) 1 pat. " "



	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomne under 1895		Summa vårdade		Afförde				Qvarlig- gande till 1896		
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske		förbätt- rade		döde		
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	
Retinitis . . . . .	—	—	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	1
Atrophia nervi optici . . . . .	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—
Panophthalmitis . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	1 <sup>1)</sup>	—	—	—	—
Nystagmus . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Dacryocystitis . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
<b>X. Morbi apparatus auditorii.</b>													
Furmenlus meatus auditorii . . . . .	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Otitis externa . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" media . . . . .	—	—	7	2	7	6	4	1	1	—	—	2	—
Osteitis mastoidea . . . . .	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
<b>XI. Morbi organ. circulationis.</b>													
Pericarditis . . . . .	1	1	5	—	6	1	2	1	—	—	—	—	—
Synechia pericardii . . . . .	—	2	—	4	—	4	—	—	2	—	—	—	1
Hydropericardium . . . . .	—	1	1	—	1	5	—	—	1	—	—	—	—
Hæmopericardium . . . . .	—	—	5	1	5	1	—	—	1	—	—	—	1
Myocarditis . . . . .	—	—	13	17	15	25	5	7	15	2	2	1	3
Endocarditis acuta . . . . .	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" ulcerosa . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Degen. cordis . . . . .	5	4	27	16	32	20	—	18	10	11	9	2	1
Vit. org. cordis . . . . .	6	6	18	40	24	46	—	17	36	4	3	6	—
Hypertrophia cordis . . . . .	1	1	3	—	4	1	—	1	1	1	1	—	—
Dilatatio cordis . . . . .	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Angina pectoris . . . . .	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Tachycardia . . . . .	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Arteriosclerosis . . . . .	—	—	1	3	1	4	2	—	—	—	—	—	—

1) Remitterad till Kirurg. afdeln.



	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomme under 1895		Summa vårdade		Afförde				Qvarlig- gande till 1896					
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	m.	qv.	förbätt- rade	m.	qv.	döde	m.	qv.	
																m.
Abscessus pulmonum . . . . .	—	1	3	1	3	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	
Asthma . . . . .	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
<b>XIII. Morbi organ. digestivis.</b>																
Stomatitis . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Glossitis superficialis . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angina tonsillaris . . . . .	1	2	10	11	11	13	9	—	—	—	—	—	—	—	1	
Pharyngitis chron. . . . .	—	2	2	3	2	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	
Herpes pharyngis . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Aphthæ . . . . .	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Catarrhus ventriculi acutus . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
"          "          chron. . . . .	—	1	10	7	10	8	1	1	9	—	—	—	—	—	—	
Ulcus ventriculi . . . . .	—	3	3	26	3	29	3	—	—	—	—	—	—	—	—	
Dilatatio ventriculi . . . . .	—	—	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Dyspepsia . . . . .	—	2	2	14	2	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Cat. gastro-intest. acutus . . . . .	—	—	1	5	1	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Enterocolitis acuta . . . . .	5	2	11	11	16	13	13	—	—	—	—	—	—	—	—	
"          "          chron. . . . .	—	—	7	2	7	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	
Colitis ulcerosa . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Typhlitis stercoralis . . . . .	—	—	3	10	3	10	3	—	—	—	—	—	—	—	—	
Perityphlitis . . . . .	1	—	7	6	8	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
Colica . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Obstipatio . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ileus . . . . .	—	—	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hernia inguinalis . . . . .	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
"          "          linice albeæ . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Proctitis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

1) Remitterad till Kirurg. afdelng.

2) En pat. " " "





	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomne under 1895		Summa vårdade		Afförde				Qvarlig- gande till 1896		
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	förbätt- rade		döde		m.	qv.
								m.	qv.	m.	qv.		
<b>XV. Morbi organ. genit. femin.</b>													
Kolpitis . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Endometritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Salpingitis . . . . .	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Oophoritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Parametritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—
Perimetritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Pelveoperitonitis . . . . .	—	2	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—
Hæmofecæ retrouterina . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Partus præmaturus . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Graviditas extrauterina . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Metrorrhagia . . . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Prolapsus uteri . . . . .	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Ruptura perinei . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
<b>XVI. Morbi org. locomotionis et ossium.</b>													
Rheumatismus musc. acutus . . . . .	2	1	30	19	32	20	13	2	3	—	—	2	4
" chron. . . . .	—	1	10	5	10	6	1	8	6	—	—	1	—
Polyomyositis acuta . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Bursitis præpatellaris . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scoliosis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Synovitis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hydarthrosis genus . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arthritidis genus . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumat. artic. acutus . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peliosis rheumatica . . . . .	2	9	51	34	53	43	42	3	—	—	—	8	5
	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—

1) Remitterad till Anneberg.

2) " " Kirurg. afdeln.

Rheumat. art. chrou.	2	4	2	4	4	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Periostitis . . . . .	1	2	—	3	3	1	3	8	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Necrosis . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>XVII. Morbi syst. cutis et tela connexiva.</b>																			
Erythema nodosum . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Urticaria . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes zoster . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psoriasis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eczema . . . . .	2	13	24	1	15	2	11	25	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Prurigo . . . . .	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Acne . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"    rosacea . . . . .	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Impetigo . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dermatomycosis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scabies . . . . .	—	20	17	—	4	—	20	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pediculosis . . . . .	—	2	2	—	—	—	2	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alopecia areata . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erythema . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dermatitis exfoliativa . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pruritus . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Abscessus, Phlegmone . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pericystitis suppurativa . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perinephritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"    " . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Furunculosis . . . . .	—	3	3	—	4	—	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus arteriuris . . . . .	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gangraena . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cellulitis . . . . .	—	1	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>XVIII. Tumores.</b>																			
Cancer pleurae . . . . .	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"    oesophagi . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"    ventriculi . . . . .	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

4) Remitterad till Kirurg. ardeln.

	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomme under 1895		Summa vårdade		Afförde				Qvarlig- gande till 1896			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	förbätt- rade	oförbätt- rade	döde	m.	qv.	m.	qv.
													m.	qv.
Cancer recti . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" peritonei . . . . .	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
" hepatis . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
" pancreatis . . . . .	—	—	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1
" renis . . . . .	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" ovarii . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
" mammae . . . . .	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2
" vertebrarum . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Kystoma ovarii c. torsione . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Myoma uteri . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Sarcoma pulmonum . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
" hepatis . . . . .	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" peritostale . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Atheroma . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tumor abdominis . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" cerebri . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>XIX. Vulnura et intoxicat. acut.</b>														
Fractura costarum . . . . .	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Distorsio . . . . .	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Contusio anticurvis . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" thoracis . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
" capitis . . . . .	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
" humeri . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Vulnus contusum nasi . . . . .	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
" capitis . . . . .	—	—	3	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Combustio . . . . .	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—

1) Remitterad till Kirurg. afdeln.



Öfversikt af  
de Primära Dödsorsakerna  
å Medicinska Afdelningen

A. Fall döde inom 3 dygn efter inkomsten.

	m.	qv.
Febris typhoides 1) . . . . .	2	—
Cholera nostras . . . . .	1	—
Pyæmia 2) . . . . .	1	—
Febris puerperalis 3) . . . . .	—	1
Tuberculosis pulmonum 4) . . . . .	—	1
Meningitis cerebri acuta . . . . .	1	—
Otitis media 5) . . . . .	2	—
Degen. cordis 6) . . . . .	2	—
Vit. org. cordis 7) . . . . .	—	2
Pneumonia acuta 8) . . . . .	5	2
Ulcus ventriculi 9) . . . . .	—	1
Perityphlitis 10) . . . . .	—	1
Nephritis acuta 11) . . . . .	2	1
„ chron. 12) . . . . .	1	—
Pyelonephritis 13) . . . . .	1	—
Graviditas extrauterina 14) . . . . .	—	1
Cancer recti 15) . . . . .	1	—
Intoxicatio phosphorea . . . . .	—	1
Summa	19	11

B. Öfriga patienter.

a) Obotliga sjukdomar

	m.	qv.
Tuberculosis pulmonum 16) . . . . .	9	4
„ miliaris acuta 17) . . . . .	2	5
Sclerosis lateralis amyotrophica 18) . . . . .	—	1
Leuchæmia 19) . . . . .	—	1
Endocarditis ulcerosa . . . . .	—	2
Aneurysma dissecans 20) . . . . .	1	—
Cancer oesophagi 21) . . . . .	1	—
„ ventriculi 22) . . . . .	2	1

	m.	qv.
Cancer pancreatis 23) . . . . .	—	1
” renis 24) . . . . .	1	—
” ovarii 25) . . . . .	—	2
” mammæ 26) . . . . .	—	3
Sarcoma periostale 27) . . . . .	—	1
” pulmonum . . . . .	1	—
Tumor cerebri 28) . . . . .	2	1
Summa	19	22

## b) Öfriga sjukdomar:

	m.	qv.
Febris typhoides 29) : . . . . .	1	2
Otitis media 30) . . . . .	—	1
Endocarditis acuta 31) . . . . .	1	2
Vit. org. cordis 32) . . . . .	3	4
Degeneratio cordis . . . . .	—	1
Myocarditis acuta . . . . .	1	—
Pneumonia acuta . . . . .	1	2
Bronchopneumonia . . . . .	1	2
Gangræna pulmonum 33) . . . . .	—	1
Ulcus ventriculi 34) . . . . .	—	1
Entero-colitis acuta 35) . . . . .	—	1
Peritonitis acuta 36) . . . . .	—	1
Ileus 37) . . . . .	1	—
Cholelithiasis 38) . . . . .	—	1
Nephritis chron. 39) . . . . .	3	1
Summa	12	20

- 1) ett fall: Febris typhoides + Degen. cordis + Bronchitis diffusa + Delirium  
ett fall: ” ” + Myocarditis acuta.
- 2) ett fall: Pyæmia + Arthrosis cubit. sin et genus dextr.
- 3) ett fall: Febris puerperalis + Gangræna antibrachii sin. + Lymphadenitis  
purul. axillæ sin.
- 4) ett fall: Tuberculosis pulm. + Meningitis tuberculosa + Entero-colitis  
tuberculosa.
- 5) ett fall: Otitis media sin. + Meningitis purulenta.  
ett fall: ” ” + Abscessus cerebellaris.

- 6) ett fall: Degen. cordis + Bronchopneumonia bilat. + Pleuritis exsud. sin.  
 ett fall: " " + Sclerosis art. coronar. + Thrombos. art. fossæ  
 Sylvii + Infarctus renis.
- 7) ett fall: Vit. org. cordis (Stenos. et insuff. valv. mitr.) + Infarctus pulm. +  
 Pleuritis exsud. dextr. + Degen. cordis + Ascites  
 + Hydropericardium + Cyanosis organ. omnium.  
 ett fall: " " " (Insuff. et stenos. ostii mitralis) + Pneumonia  
 acuta dextra + Embolia art. fossæ Sylvii +  
 Degen. cordis.
- 8) ett fall: Pneumonia acuta + Delirium tremens.  
 ett fall: Bronchopneumonia acuta + Pleuritis exsud. dextra.  
 ett fall: Pneumonia acuta + Vit. org. cordis (Stenosis estii mitr.)  
 ett fall: " " + Cancer oesophagi et gland. mesent.  
 ett fall: " " c. ruptura pulmonis et hæmothorax + Degen.  
 cordis + Tuberculosis pulm. dextr. + Delirium  
 tremens.  
 ett fall: " " + Degen. cordis + Delirium tremens.
- 9) ett fall: Ulcus ventriculi perforans + Peritonitis acuta.
- 10) ett fall: Perityphlitis ulcerosa + Peritonitis perforativa
- 11) ett fall: Nephritis acuta + Tubercul. pleuræ dextr. c. hæmorrhagiæ.  
 två fall: " " + Degen. cordis + Uremia.
- 12) ett fall: Nephritis chron. parenchym. c. indurat. secund. + Hypertrophia  
 et Degen. cordis + Bronchopneumonia dextra c. abscessu incip.
- 13) ett fall: Pyelonephritis purulenta + Perinephritis suppurat. sin. + Peri-  
 cystitis suppurat. + Cystitis chron.
- 14) ett fall: Graviditas extrauterina + Ileus.
- 15) ett fall: Cancer recti + Peritonitis perforativa.
- 16) ett fall: Tuberculosis pulm. c. cavern. + Degen. cordis + Nephrit.  
 chron. amyl. + Degen. amyl. lienis + Cirr-  
 hosis hepatis + Tuberculosis intestin.  
 ett fall: " " + Pleuritis exsud. sin. + Tuberculosis pe-  
 ritonei.  
 ett fall: " " + Nephritis chron. amyl. + Degen. amyl.  
 lienis + Tubercul. intest. + Thrombosis  
 cordis + Thrombosis venæ femoralis.  
 ett fall: " " + Pericarditis + Hypertrophia cordis +  
 Thrombosis auricul. d. + Infarct. pulm. +  
 Nephritis chron. interst. + Infarctus renum  
 + Ascites.  
 tre fall: " " + Tuberculosis intestinalis.  
 ett fall: " " + Meningitis tuberculosa + Tubercul. lienis  
 + Osteitis ossis pubis.  
 ett fall: " " c. cavern + Seropneumothorax dext. + Hy-  
 drothorax sin. + Ascites + Cirrhosis hepatis.  
 ett fall: " " c. cavern + Endocarditis verrucosa valv. aortæ  
 et mitralis et ventriculi sin. + Infarctus  
 pulm. + Meningitis tuberculosa.  
 ett fall: " " + Nephrolithiasis + Pyonephrosis + Cy-  
 stitis chron
- 17) sex fall: Tuberculosis miliaris acuta + Meningitis tuberculosa.
- 18) ett fall: Sclerosis lateralis amyotrophrica + Bronchopneumonia.
- 19) ett fall: Leucæmia + Endocarditis chron. valv. mitral. + Degen. cordis  
 + Infarctus lienis et renis + Ascites + Hydrothorax + Hy-  
 dropericardium.

- 20) ett fall: Aneurysma dissecans c. ruptura et hæmopericardium + Hypertrophia cordis idiopatica.
- 21) ett fall: Cancer oesophagi c. perforatione tracheæ + Paresis n. recurrent. dext. + Bronchopneumonia.
- 22) ett fall: Cancer ventriculi et hepatis et pancreatis et gland. lymphat. portæ hepatis + Pylethrombosis.
- två fall: Cancer ventriculi et hepatis.
- 23) ett fall: Cancer capitis pancreatis c. compressione duct. choledoch. + Peritonitis diffusa + Pneumonia chron. dextra.
- 24) ett fall: Cancer renis sin. + Ascites + Hydrothorax + Lymphadenitis cancerosa mesenterii + Entero-colitis acuta.
- 25) ett fall: Cancer ovarii et peritonei et pleuræ.
- ett fall: " " et peritonei disseminata + Hydropericardium et Hydrothorax + Pneumonia acuta sin.
- 26) ett fall: Cancer mammæ + Cancer pleuræ.
- ett fall: " " + Cancer vertebrarum c. compressione medullæ spinalis + Cancer costarum et pleuræ et pulmonum et hepatis.
- ett fall: " " + Cancer gland. lymphat. portæ hepatis c. compressione duct. choledoch. + Carcinosis mesenterii, peritonei et omenti + Ascites + Hydrothorax.
- 27) ett fall: Sarcoma scapulæ et costarum et hepatis + Pleuritis exsud. dextr. + Pneumonia acuta dextr. + Sarcoma gland. lymphat. axillæ.
- 28) ett fall: Tumor cerebelli c. compressione medullæ oblongatæ.
- ett fall: " septi pellucidi + Degen. cordis.
- ett fall: " splenii corporis callosi.
- 29) ett fall: Febris typhoides + Bronchopneumonia.
- ett fall: " " + Myocarditis acuta + Pericarditis.
- ett fall: " " + Pneumonia acuta pulm. dextr.
- 30) ett fall: Otitis media + Pachymeningitis purulenta + Thrombos. sin. transversi + Infarct. pulm. gangrænosus.
- 31) ett fall: Endocarditis acuta valv. aortæ + Infarctus renis sin. et lienis + Vit. org. cordis (Stenosis ostii mitralis) + Bronchitis acuta.
- ett fall: " " valv. mitralis + Hypertrophia lienis + Infarctus lienis + Nephritis acuta + Degen. cordis + Bronchopneumonia dextra + Hydrothorax.
- ett fall: " " valv. mitralis + Vit. org. cordis (Stenosis ostii mitral.) + Pneumonia chron. interstit. pulm. dextr.
- 32) ett fall: Vit. org. cordis (Insuff. et stenosis ostii mitral. + Insuff. relat. valv. tricuspidalis) + Endocarditis acuta valv. mitral. + Pericarditis + Infarctus cordis.
- ett fall: " " " (Insuff. et stenosis ostii mitralis) + Infarctus pulm. + Dilatatio ventriculi permagna + Varices venar. oesophageal. c. ruptura.
- ett fall: " " " (Stenosis ostii mitralis et aortæ et tricuspidalis) + Degen. cordis + Bronchopneumonia + Hydropericardium + Hydrothorax + Ascites.
- ett fall: " " " (Insuff. et stenosis ostii aortæ et mitralis) + Endocarditis acuta + Synechia pericardii + Ascites + Hydrothorax.



- ett fall: Vit. org. cordis (Insuff. valv. mitralis + Insuff. et stenosis ostii aortæ) + Hypertrophia cordis c. degeneratione + Emphysema pulm. + Hydropericardium + Hydrothorax.
- ett fall: " " " (Insuff. et stenosis ostii mitralis) + Degen. cordis + Thrombosis cordis + Infarctus renum + Ascites.
- 33) ett fall: Gangræna pulm. + Bronchopneumonia + Nephritis chron. parenchymatosa + Hydropericardium.
- 34) ett fall: Ulcus ventriculi + Dilatio ventriculi post. sten. pylor. + Synechia pericardii + Degen. cordis.
- 35) ett fall: Entero-colitis follicularis c. perforatione cæci et peritonitis diffusa + Nephritis acuta hæmorrhagica.
- 36) ett fall: Peritonitis acuta + Cirrhosis hepatis + Degen. cordis + Hydrothorax.
- 38) ett fall: Cholelithiasis + Pylephlebitis + Pylethrombosis + Abscessus hepatis + Pneumonia acuta dextr.
- 39) ett fall: Nephritis chron. interstit. + Uræmia + Vit. org. cordis (Insuff. valv. mitralis).
- ett fall: " " " + Uræmia + Cirrhosis hepatis + Vit. org. cordis (Insuff. valv. aortæ) + Thrombosis ventricul. sin. + Degen. cordis.
- ett fall: " " amyloida parenchym. c. indurat. secund. + Icterus catarrhalis + Peritonitis incipiens + Ascites.
- ett fall: " " parenchym. amyl. + Degen. amyl. lienis + Pneumon. chron. interstit. pulm. dextr. + Emphysema pulmon. + Ascites + Hydrothorax.

Summariskt sammandrag af årsrapporterna för  
Medicinska afdelningen under 1891—1895.

År	Antal vårdade sjuke	Döde	Antal sjukbesök å polikli- niken
1891	— 1011	— 107	— 1500
1892	— 1190	— 112	— 7000
1893	— 1273	— 80	— 7648
1894	— 1201	— 91	— 9747
1895	— 1211	— 103	— 10412

---

Summary of the Proceedings of the  
National Association of Manufacturers for 1891

Year	Members	Officers	Committees	Resolutions
1891	100	10	5	10
1892	150	15	7	15
1893	200	20	9	20
1894	250	25	11	25
1895	300	30	13	30
1896	350	35	15	35
1897	400	40	17	40
1898	450	45	19	45
1899	500	50	21	50
1900	550	55	23	55

## Ett bidrag till behandlingen af Pseudoleuchæmia lientalis.

Af H. Köster.

I arseniken ega vi ett många gånger verksamt medel vid behandlingen af blodets sjukdomar, isynnerhet om det kommer till användning i tidigare stadier af dessa lidande; i senare ser man däremot ofta processen gå sin gilla gång och leda till patientens undergång. För sådana fall synes mig vid det i öfverskriften nämnda lidandet en af mig här med ovanligt lyckligt resultat försökt behandlingsmetod förtjena användas. Fallet är följande:

A. J. O. 44 år, Verkmästare. Int. d.  $27/5$ , utskrifven  $8/7$  95.

*Anamnes:* Patientens moder dog i lungdot, fadren i kolera. Hans hustru och barn äro fullt friska. Själfr har han som barn genomgått mässling, men för öfrigt varit frisk till sitt 21:sta år, då han fick en akut artikulär reumatism, från hvilken han blef fullt återställd. Vid 29 års ålder gick han till sjös såsom maskinist och måste under denna tid ej sällan arbeta i temperaturer af ända till  $50^{\circ}$  C. Sedan dess har han alltid varit ytterst blek, fastän han aldrig känt sig matt eller lidit af hufvudvärk; matlusten har alltid varit god, aldrig har han besvärats af svindel eller hostat, utan tvärtom alltid varit fullt frisk. För 4 år sedan fick han efter, som han själf tror, en förkylning en häftig magkatarr; efter olämplig föda fick han häftig värk i magtrakten jämte kräkningar, smärtorna strålade ut i ryggen, blodkräkningar hafva däremot ej förekommit. Efter en tid blef han återställd och var sedan frisk, om man undantager en för 2 år sedan genomgången influensa. I Februari 1895 började han känna sig matt och trött, förlorade matlusten, fick lindrig hufvudvärk och trög afföring. Dessutom instälde sig andtappa och hjärt-

klappning, isynnerhet vid någon ansträngning. Till en början vistades han uppe, men då tröttheten tilltog allt mera, måste han till slut intaga sängen. Försämringen fortgick emellertid trots behandling med järn och kina, och han sökte slutligen inträde å sjukhuset.

Patienten har aldrig missbrukat spirituosa och förnekar syfilis, har aldrig lidit af mask.

*Status præsens vid inkomsten:* Hudfärgen blekgul, hullet ganska godt. Puls 126 i minuten, mjuk. Matlust dålig, afföring trög, urin fri från ägghvita och socker. Inga ödemer, ingen ömhet öfver sternum eller tibia. Sömnerna är dålig. Temperaturen på morgonen  $39^{\circ}2$ .

Hjärtats högra gräns når till något utom högra sternalkanten; vid spetsen höres ett präsysoliskt blåsljud och en antydning till ett systoliskt sådant, öfver pulmonalis finnes ett tydligt systoliskt blåsljud, 2:dra pulmonalitionen är förstärkt. Öfver venstra lungspetsen tonen ej så full som öfver den högra, lungspetsarna stå dock lika högt. Respirationsljudet härstädes något förlängdt och sackaderadt. Inga rassel. Mjälten når nästan till mammillarlinien kan palperas såsom en rundad, fast öm tumör. Lefvern är ej förstörad. Lymfkörtlarna af normal storlek. De röda blodkropparnes antal är 800,000 i kub. mm., talrika poikilo- och mikrocyter samt enstaka kärnhaltiga röda blodkroppar finnas. De hvita blodkropparnes antal är ej förökadt, ett ringa antal eosinofila celler finnas i synfältet

*Ordination:* Liq. arsen. kal. 3-5 droppar 3 ggr dagl.  $\frac{31}{5}$ . Delirier, kräkningar. Kina 0,50 3 ggr dgl.

*Status præsens d. 4 Juni:* Patienten är sängliggande och ej fullt klar, delirerar tidtals. Hull och muskulatur goda, hudfärgen snarare blekare än vid inkomsten. Sömnerna är tämligen god, matlusten likaså, i går led patienten af häftiga kräkningar. Urinen fortfarande fri från abnormala beståndsdelar. Ödem förefanns kring fötterna, isynnerhet den venstra. Tungan är söndersprucken och torr, lindrig oregelbunden feber till högst  $38^{\circ}$  de sista dagarne.

Patienten klagar öfver stark svaghetskänsla, svår svindel, men har ingen hufvudvärk. Ingen ömhet öfver benen. Han har dessutom besvärats af en alltjämt tilltagande andnöd; i dag formligen kippar han efter andan samt kan ej ligga, ntan mästa sitta. Öfver lungorna enstaka ronchi, för öfrigt som förut. Hjärtats gränser och auskultationsfenomenen däröfver oförändrade. Pulsen 100, jämn, mjuk.

Mjälte och lever oförändrade.

Antalet röda blodkroppar är i dag 770,000, hämoglobinhalten mellan 20-25 %, bestämd med Fleischls apparat. Makro-, mikro- och poikilocyter finnas i riklig mängd liksom eosinofila celler. De hvita blodkropparne äro ej förökade.

*Ordination:* Inandning af 4 liter syrgas per dag.

Omedelbart efter inandningen kände pat. sig betydligt lättare, äfven objektift kunde en tydlig minskning af dyspnen iakttagas.

*Daganteckningar:*  $\frac{6}{6}$ . Dyspnen konstant mindre, mjältgränsen till drygt framre axillarlinien.

$\frac{11}{6}$ . De röda blodkropparnes antal är 1,090,000, hämoglobinhalten 40-45 % enligt Fleischl. Poikilo- och mikrocyter finnas ännu i riklig mängd, däremot inga makrocyter eller kärnhaltiga röda blodkroppar.

$\frac{18}{6}$ . Dyspnen numera alldeles borta, temperatur konstant normal. Mjältgränsen i dag till främre axillarlinien.

$\frac{19}{6}$ . Röda blodkroppar 1,900,000, poikilo- och mikrocyter betydligt färre.

$\frac{20}{6}$ . Slutar med syrgasinandningen.

$\frac{6}{7}$ . De röda blodkropparne 2,800,000, hämoglobinhalten 50 %, nästan inga poikilo- och mikrocyter påvisbara. Mjälte till mellersta axillarlinien.

*Augusti:* Röda blodkroppar 3,800,000, hämoglobinhalt 75 %.

*Oktober:* Röda blodkroppar 4,500,000, hämoglobinhalt omkring 90 %, mjälte af normal storlek. Patienten känner sig frisk, oaktadt han sedan några månader ej användt arsenik.

Diagnosen i fallet var lätt att ställa: en kolossal mjälttumör med samtidig höggradig anämi utan förökning af de hvita blodkropparnes antal är ju karakteristisk för den lienala pseudoleukämien eller en s. k. anæmia splenica. En vanlig pernicios anämi kunde uteslutas på grund af den kolossala mjälttumören, då en sådan ej förekommer vid detta lidandet; finnes en förstoring af mjälten, håller den sig inom mycket måttliga gränser. Kliniskt erbjuder fallet ett visst intresse på grund af den kolossala anämien; en så kolossal förminskning af de röda blodkropparnes antal

är nog ej så vanlig vid denna form, fastän lägre tal någon gång finnas iakttagna. Största intresset erbjuder detsamma emellertid i terapeutiskt hänseende. Vi finna, huru under den vanliga arsenik- och kinabehandlingen en kontinuerlig försämring inträdde. Mest framträdande i sjukdomsbilden blef slutligen en kolossal dyspne, patienten formligen gapade efter luft. Då denna andnöd otvifvelaktigt berodde på otillräckligt syreupptagande på grund af den kolossala förminskningen af de röda blodkropparnes antal, kom jag på den tanken, om ej densamma i någon mån skulle kunna lindras genom att låta patienten inandas ren syrgas. Högre sträckte sig ej mina förväntningar, då fallets prognos syntes mig vara ytterst dålig. Desto mera öfverraskande var resultatet. Dyspnen icke blott lindrades, utan allmänna tillståndet förbättrades kontinuerligt från första dagen, patienten fick dessa inhalationer, och denna förbättring fortfor, sedan jag upphörde med de nämnda inandningarne.

De här använda apparaterna voro af enklaste slag och kunna förfärdigas å hvarje apotek, där de vanliga dyrbara apparaterna ej finnas. Syrgasen, beredd på vanligt sätt, leddes genom flaskor, fyllda med dels barytvatten dels svag silfvernitratlösning för att befria densamma från medföljande klor, in i literflaskor, i hvilka den förvarades, tills den kom till användning. En till flaskorna passande kork genomborrades dubbelt, och tvenne glaströr fördes genom densamma. Det längre af dessa, som nådde ner till flaskans botten, hade å sin fria öfre ända en liten glasträtt, det korta, som endast nådde ner i flaskans hals, var vinkelböjdt, och från dess fria ända leddes en kautschukslang, som i sin fria ända fästes å en liten glasträtt, stor nog att täcka näsa och mun. Vid inandningarne fästes den sålunda armerade korken å den syrgashaltiga flaskan, och från en irrigator å väggen fick vatten långsamt strömma in i den å det första glaströret sittande tratten. Syrgasen pressades på detta sätt ut ur flaskan genom det kortare röret och inandades i djupa drag af patienten ur den vid

slangen fästade tratten. När den första flaskan fylts af vatten, sattes korken med glaströren på nästa flaska, tills patienten sålunda inandats det bestämda antalet liter syrgas. Priset per flaska ställer sig på omkring 25 öre.

Resultatet var såsom nämnts synnerligen gynnsamt. Man kan emellertid ställa sig tveksam om, huruvida syrgasinhalationerna i fallet haft en direkt kurativ verkan, eller om medelst desamma endast vunnits tid, tills arsenikverkan hunnit inträda. Å andra sidan kan dock ej nekas, att förändringen till det bättre var så frappant och konstant från det ögonblick, syrgasinhalationerna administrerades, att man nog kan vare berättigad antaga en viss äfven kurativ verkan af desamma. Att syrgasinhalationer vid leukämi ibland kunna hafva gynnsam inverkan, visa uppsatser af Kirnberger (*Deutsche med. Wochenschr.* 1883 N:o 41), Sticker (*München. med. Wochenschr.* 1886 N:o 43 och 44) och Pletzer, (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887 N:o 38) och detta kan äfven till en viss grad styrka sistnämnda uppfattning. Anmärkningsvärdt är endast, att resultatet i mitt fall uppnåddes vid inandning af så ringa kvantitet som 4 liter, medan de nämde författarne användt sådan af 30-50 liter per dag.

Hur som helst synes mig ett försök med dessa inhalationer vid liknande processer väl värdt att göra, då på ofvan skildrade sätt de lätt och utan större kostnad kunna genomföras.



## Ett fall af Diplegia spastica cerebialis.

Af H. Köster.

E. B., 13-årig flicka. Int. d.  $21/8$  95, utsk. d.  $17/9$  95.

*Anamnes:* Patientens föräldrar äro friska och hafva haft 7 barn. Af dessa dog ett i lungsot, ett annat i hjärnfeber, ett tredje har haft vatten i lungsäcken, ett fjärde har utpräglad tuberkulös habitus. Nervös belastning finnes ej i släkten. Patienten har varit klen allt sedan födelsen och framföddes asfyktisk, dock utan instrumental hjälp; hon var fullgången. Hufvudet var de första 2-3 åren ovanligt stort; hon började gå först på 4:de året, gick då dåligt, med fötterna inåt och styfva ben "aldeles som nu". Dentitionen var normal. Hon har aldrig varit lam i någon kroppsdel, har aldrig lidit af kramp eller konvulsioner. Vid 8 års ålder hade hon mässling, vid 6 och 12 år skarlakansfeber (båda gångerna enligt läkares utsago). Hon har ej varit utsatt för något trauma å hufvudet.

Hennes nuvarande sjukdom är enligt moderns uppgift medfödd. Hennes egendomliga spastiska gång visade sig, straxt hon började gå för sig själf. Fötterna voro i de tidigare åren ovanligt små; i hvila visade de i fråga om sin ställning intet anmärkningsvärdt. Någon ökning eller minskning af symptomen har ej af föräldrarna iakttagits. Patientens intellektuella utveckling har varit normal, hon lärde sig tala i vanlig tid etc.

*Status præsens.* Vid undersökningen befinnes patienten vara klen utvecklad i fysiskt hänseende, muskulturen är svag och outvecklad, hullet dåligt, hudfärgen blek. Patientens längd 130 ctm. En ringa S-formig skolios förefinnes. Synliga slemhinnor äro normala, på halsen palperas några smärre lymfkörtlar.

De i ögonfallande symptomen utgöras af ofrivilliga muskelryckningar i fingrar, tår och kring munnen samt den spastiska gången. Gången sker med styfva raka ben, kroppen hålles starkt framåtlutad, böjd i höftlederna, fötterna äro adducerade.

Rörelserna äro styfva, osäkra, jämvikten dock god, gången är ej slingrande, ej ataktisk. I allmänhet lyftas fötterna jämförelsevis litet från golvet; efter tillsägelse kan hon dock göra detta rätt bra, utan att detta dock förändrar gången i väsentlig grad. Foten nedsättes på vanligt sätt vid stegets uttagande med hälen först, men, under det patienten vid stegets tagande raskt framflyttar foten, dröjer det länge, innan kroppstyngden flyttas öfver på densamma; därvid hållas tårna å venstra foten ständigt starkt flekterade och adducerade. Pat. kan dock förmås att gå med fötterna isär, men då är gången mycket osäker. Pat. går ganska ledigt såväl upp- som nedför trappor, däremot har hon mycket svårt att resa sig från horisontelt rygggläge till sittande ställning. Jämvikten bibehålles väl vid slutna ögon och hopsatta fötter. Ingen ataxi. Inga pareser. Muskelkraften är lika å båda sidorna och tyckes ej vara väsentligt nedsatt. En lindrig rigiditet kan stundom påvisas, då man försöker hastigt sträcka knäna, eljest ingen rigiditet påvisbar. Intet tvångsläge, ledgångar normala. Patellarreflexerna äro tydligt förstärkta å båda benen. Sensibilitet för alla känselkvaliteter normal.

I tårna iakttages stundom, när patienten vet sig vara observerad, är upprörd eller skall utföra bestämda rörelser med fötterna, långsamma ofrivilliga sträckningar och böjningar af ringa exkursion. Liknande rörelser ega rum i fingrarne; här äro utslagen betydligt större, exqvisit atotiska. Desamma äro starkast å venster hand, visa än sträck- än böjkaraktär, än åter ab- och adduktion af tummen. Vid intenderade rörelser intaga fingrarne gärna en krampartad hyperextenderad ställning, hvarvid handleben hålles något flekterad. Det fordras stor ansträngning å patientens sida att öfverföra de sträckta fingrarne i döjstättning. Äfven alla intenderade rörelser af händerna utföras mycket långsamt; det åtgår en god stund, innan patienten kommer till målet. Vid dessa rörelser iakttages ingen tremor; däremot framträder en sådan vid försök att böja och sträcka armbågslederna, hufvudsakligen å venster arm. Inga "Mitbewegungen" hafva kunnat påvisas. När patienten är lugn, skrifver hon ganska bra, men griper krampadt om pennskaftet; tummen hålles därvid fastlåst under pek fingret. Inga kontrakturer i öfverarmens muskler, ingen rigiditet, ingen atrofi; muskelkraften i armarne svag, men lika å båda sidor. Kubitalreflexerna äro tydliga, ej förstärkta. Inga trofiska rubbningar.

När patienten talar eller utför mimiska rörelser, råkar sphincter oris lätt i tonisk kontraktion; dessutom ser man då äfven ryckningar i öfriga muskler, som ega något samband med läpparnes rörelser. Dock märkas ingen svårare grimasering. Då patienten är lugn, märkas inga ryckningar i ansiktet; detta är lungt, nasolabialvecken skarpa, och hela ansiktet har då ett lillgammalt, något lidande uttryck.

Talet är, sannolikt till följd af svårigheten att uttala läppljud, otydligt, något nasalt. Vokalerna uttalas tämligen bra utom u, e och ä, som vålla en viss svårighet; likaså uttalas b, p, d, t endast med svårighet. Patienten är dock bättre herre öfver läpparnes än öfver fingrarnes rörelser. Ingen gompares. Sväljningen är normal, tungan kan sträckas fram utan deviation eller ryckningar. Farynx-reflexen är tydlig.

Patientens hufvud är tämligen litet (49 ctm. i omkrets), men symmetriskt. Lukt- och smaksinne normala. Pupillerna äro lika stora, reagera för ljus och ackommodation. Ögonrörelserna normala, ingen strabism, ingen nystagmus. Synfältet äro normala, färgsinnet normalt, ögonbottnarne utan anmärkning.

Perifera nerver utan anmärkning.

Intelligensen är god. Inre organ normala. Temperatur och urin normala.

Ofvanstående fall har jag ansett värdt att meddela på grund af den typiska bild af det i öfverskriften nämnda lidandet, patienten erbjöd. Jämför man t. ex. sjukdomsbilden med den af Oppenheim i Berl. klin. Wochenschrift N:o 34 för 1895 beskrifna, är den ena fullkomligt lik den andra. Hvilken förändring, som ligger till grund för symptombilden, om en porencefali, en diffus atrofi och skleros eller en mikrogyri, de vanligast funna förändringarne, kan naturligtvis ej bestämmas. Endast så mycket torde vara visst, att lidandet är kongenitalt, möjligen uppkommet på grund af förändringar under förlossningen, då pat. framföddes asfyktisk och sedan varit frisk. Som uttryck för hjärnlesionen får kanske den omständigheten betraktas, att under hennes tidigare barndom hufvudet varit ovanligt stort, medan det åter numera visar relativt små mått.

Lesionen i hjärnan tyckes emellertid vara begränsad till de motoriska banorna, då för öfrigt hjärnsymptom saknas och särskildt hennes intelligens ej visar minsta rubbning.

## Hjärtumör. Trepanation. Förbättring för en tid.

Af H. Köster och K. Schiller.

B. W. 46-årig bokhandlare. Int. d.  $^{20}/_1$  94, utskr. till kirurg. afdl.  $^{7}/_4$  94, ånyo int.  $^{14}/_7$  94, död  $^{18}/_7$  94.

*Anamnes:* Intet hereditärt i släkten. Pat. har som bokkolportör flackat land och rike omkring och har i allmänhet varit frisk. Alkoholmissbruk och syfilitisk infektion förnekas, men pat. uppger sig för 20 år sedan hafva haft en mjuk chancre utan vidare symptom. Sistlidne Oktober fick pat. plötsligen, medan han gick å gatan, utan föregående illamående ett anfall, hvarvid allting började snurra rundt för honom; han föll omkull, blef liggande några minuter och hade därunder ryckningar i höger arm och ben, börjande i handen, men kunde efter en stund gå hem; inga tecken till rubbning af talet. 10 dagar därefter fick han ett nytt liknande anfall, men utan förlust af medvetandet. Han var därefter frisk utan hufvudvärk, ryckningar, yrsel eller tecken till svaghet af någon sida till den 19 Jan., då han på aftonen fick 2:ne liknande anfall med ett par timmars mellanrum. Han hade ryckningar och var vid sista anfallet medvetlös under ett par timmars tid. Han sökte följande dag, då han åter kunde gå, råd å medicinska polikliniken och tillråddes då på grund af de i status omnämnda symptomen att söka inträde å sjukhuset.

*Status præsens* d.  $^{25}/_1$ : Pat. är af medelkraftig byggnad med klar intelligens. Minnet rätt godt. Matlust god, afföring utan anmärkning. Hudfärgen något blek, inga tecken till lues någonstädes. Puls jämn, regelbunden, 70 i minuten, temperatur afebril. Urin fri från ägghvita och socker.

Pat. klagar öfver en viss svaghet i högra sidans extremiteter, men är fri från hufvudvärk och yrsel samt beväras ej af några qväljningar eller kräkningar.

Objektift visa hjärnnerverna intet abnormt, med undantag af att högra facialisgebitets nedre del är något paretiskt, i det nasolabialvecket å höger sida är mindre markeradt än motsvarande å venster sida och mungipan hänger något längre ned än den venstra, samt att höger hypoglossus än paretisk, i det tungan vid framsträckning devierar lindrigt åt höger. Höger arm och ehuru mindre högra benet äro lindrigt paretiska, i det alla rörelser kunna utföras med dem, men kraftlöst; ingen ataxi, ingen atrofi. Gång något osäker på grund af paresen i högra benet. Sensibiliteten är äfverallt normal. Patellarreflexerna äro starka, isynnerhet de å högra benet. Buk- och kremastrerreflexerna äro svaga. Inga ryckningar, ingen utpräglad rigiditet. Inga vasomotoriska rubbningar.

*Daganteckningar:* <sup>20</sup>/<sub>1</sub>. Deviationen af tungan tyckes hafva gått tillbaka.

<sup>24</sup>/<sub>1</sub>. Klagar öfver krypning i högra folsulan. Symptomen för öfrigt oförändrade.

<sup>27</sup>/<sub>1</sub>. Pat. hade i går ett epileptiformt anfall utan förlust af medvetandet med ryckningar i högra sidan. Enligt hans uppgift inleddes detta med en känsla af krypning i högra handen, därefter uppträdde ryckningar i högra handen, som småningom spredo sig till hela högra kroppshalfvan. Ingen rubbning af talet. Anfallet var kortvarigt. Ingen ökning af pareserna i dag.

<sup>20</sup>/<sub>1</sub>. I dag konstateras för första gången en viss rigiditet i högra benet. Paresen tyckes hafva ökat något, särskildt af högra armen, hvilken pat. nu endast med svårighet kan föra till munnen. Tungan devierar ånyo lindrigt åt höger. Talet är fortfarande orubbadt, likaså synen, särskildt ingen hemianopsi. Patellarreflexerna äro stegrade, isynnerhet å högra benet, å hvilket äfven dorsalklonus kan framkallas.

*Februari:* Under denna månad var pat. fri från anfall. Paresen tycktes under densamma ökas något, pat. blef något mera slö; ej utpräglad stasispapill vid undersökning af ögonbottnen. Symptomen för öfrigt oförändrade.

<sup>1</sup>/<sub>3</sub>. Vid 2-tiden på middagen ett anfall med ryckningar i högra ansiktshalfvan samt i höger arm och ben, börjande liksom de förra med krypningar och ryckningar i höger hand, därifrån snabbt spridande sig till hela kroppshalfvan. Under detta anfall, som varade några minuter, förlorade pat. medvetandet, men vaknade snabbt och fullkomligt.

<sup>7</sup>/<sub>3</sub>. Ett nytt anfall af liknande beskaffenhet under nattens lopp.

<sup>16</sup>/<sub>3</sub>. Den högersidiga pansen har så småningom tilltagit allt mera. Höger hand numera nästan paralytisk, han kan ej gå utan hjälp, men kan dock ännu stödja å höger ben och föra det framåt, om också svagt. Högra facialispansen mera utpräglad. Reflexerna och rigiditeten oförändrade.

Tillståndet försämrades därefter allt mera; pat. hade då och då ett anfall af samma beskaffenhet, som förut nämnts; ryckningarne öfvergingo aldrig till venster sida, anfällen blefvo ej långvarigare; pat. blef allt slöare, men klagade anmärkningsvärdt nog ej öfver någon svårare huvudvärk eller yrsel och besvärades ej af några kräkningar.

<sup>5</sup>/<sub>4</sub>. Sedan början af månaden klagar pat., som i allmänhet är mycket slö, öfver yrsel, har då och då kräkningar, ehuru mycket sällan. Högra armen och benet äro numera paralytiska och kunna ej frivilligt röras. Ingen atrofi af musklerna. Ansiktet fortfarande endast paretiskt, tungan devierar fortfarande något åt höger, öfriga hjärnnerver visa intet anmärkningsvärdt, särskildt finnes ingen hemianopsi. Högra patellarreflexen är mycket stark, lindrig rigiditet med antydning till dorsalklonus i högra benet. Sensibiliteten är fullt normal. Pulsen något långsam, regelbunden. Anfall numera nästan dagligen med förlust af medvetandet och ryckningar i hela högra sidan nästan samtidigt.

<sup>6</sup>/<sub>4</sub>. Exquisit stasispapill. Pat. är ytterst slö, besväras i dag af våldsamma kräkningar.

*Behandling:* Jodkalium 3-4 gm de die — Salicyl-  
qvicksilfverinjektioner.

Pat. remitterades till kirurg. afd., och hänvisar jag i fråga om den där utförda operationen och tillståndet efter densamma till Dr. Schillers redogörelse. Efter en tids förbättring inträdde en ny försämring, och, då något operatift ingrepp ej vidare kunde komma i fråga, återremitterades pat. <sup>14</sup>/<sub>7</sub> till medicinska afdelningen.

*Status præsens* d. <sup>14</sup>/<sub>7</sub> 94. Pat. ligger slö och likgiltig i sängen, är dock ej fullt medvetlös, ty framställda frågor tyckes han förstå och ger genom tecken tillkänna, att han uppfattar dem; däremot tyckes han ej kunna svara å frågor. Då och då ser man honom med handen gripa åt hjässan, där hjärnprolapsen finnes, liksom om något

retade honom där, som han ville föra bort. Hullet är rätt godt, han kan själf kasta sin urin, men måste dock ofta tappas; urinen innehåller ej albumin. Han måste matas, tuggningen går trögt, men sväljningen oklanderligt. Puls 112, jämn, svag. Temperatur normal.

Till följd af pat:s slöhet kan ingen upplysning vinnas, om han besväras af några plågor eller andra subjektiva förmimmelser.

Å hjässan, motsvarande centralgyris midt, finnes en utbuktning, öfver hvilken huden visar ett väl hopläkt ärr; denna kännes pseudofluktuering, och pat. tyckes ömma något öfver densamma vid tryck; starkare undveks dock.

Lukten kunde ej pröfvas. Synen tyckes ej vara upphäfd, då pat. blinkar vid stötar mot ögat med fingret i venstra synfältet; exquirit högersidig hemianopsi; stark staspapill. Pupillerna äro lika stora, något dilaterade, reagera ehuru trögt vid ljusinfall. Alla ögats rörelser kunna utföras. Sensibiliteten i ansiktet tyckes vid flyktig pröfning vara normal å båda sidorna. Högra ansiktshalvans nedre del paralytisk, hvaremot ögonlocken kunna slutas väl äfven å högra ögat. Tungan kan räckas fram och devierar därvid, ehuru endast obetydligt, åt höger. Hela högra sidan totalt förlamad; extremiteterna ligga slappa i sängen, utan någon tydlig rigiditet, äro ej atrofiska och visa inga ryckningar eller trofiska rubbningar. Sensibiliteten tyckes vara normal, nålstygn och vidrörande framkalla afvärande rörelser med venstra handen. Patellareflexerna äro tydliga, men ej stegrade, betydligt svagare än före operationen; ingen dorsalklonus.

3 dagar efter inkomsten fick pat. plötsligen nära 41° feber och afled  $\frac{18}{7}$  på morgonen.

*Sektion* samma dag: Liket ej särskildt afmagradt, ingens decubitus. Efter hufvudsvälens lossande framträder å venstra hjässhalvvan en svampformig prolaps af hjärnmassan, sammanhängande med huden och omgifven af en måttligt tjock bindväfskapsel af gråhvitt utseende. Prolapsens största frontala diameter omkring 7 ctm., dess sagittala omkring 6, stjälkens tjocklek 3-4 ctm. Duran är fastvuxen vid trepanationsöppningen i kraniet. Efter kalottens aftagande synes i dess venstra del en rund trepanationsöppning, 4 ctm. i diameter. Dess främre kant når till 3 ctm. bakom sutura coronaria sin., dess inre rand till 3 ctm. från sutura sagittalis, dess nedre rand tangerar sutura squamosa. Duran lossas lätt å både högra och



venstra hjärnhalfvan. Gyri å högra hemisferen ej särskildt tillplattade, men venerna där i pian rikligt blodfyllda. Å venstra hemisferen däremot äro gyri höggradigt tillplattade, bleka, sulci utplånade; å dess midt finnes den omnämnda hjärnprolapsen, hvars höjd öfver omgifvande hjärnyta är ungefär 3 ctm. Dess stjälk motsvarar mellersta tredjedelen af bakre centralvindeln och bakersta delen af motsvarande parti af främre centralvindeln. Å högra hemisferen och i dess inre intet att anmärka. Ventrikeln dock möjligen något dilaterad. Å venstra hemisferens yta synes utom den omnämnda hjärnprolapsen en nöttstor tumör af gråhvitt utseende i bakre delen af gyrus parietalis superior, och å hemisferens insida synes en tumörbildning, som sträcker sig framåt till lobulus quadratus, bakåt till något framom fissura occipitalis, nedåt till gyrus fornicatus, kilformigt afsmalnande uppåt. Den är gråblek, med riklig fin kärlinjektion och för känseln fast. Frontalloben är likaledes för känseln fast, parietalloben däremot å hela utsidan pseudofluktuerande, ehuru någon uppmjukning eller gulfärgning af dess substans ej framträder å ytan. Vid genomsnitt af venstra hemisferen midt genom prolapsen anträffas en tumörbildning, som börjar ungefär  $\frac{1}{2}$  ctm. under prolapsens öfre yta och Järifrån sträcker sig nedåt till några mm. från taket i sidoventrikeln. I densamma synes ett balkverk af samma gulhvita tumörmassor, som förut nämnts, omgifvande öar af mörk hämorrhagisk färg, svartröda, mjuka, särskildt talrika i och mot prolapsen, sparsammare på djupet. Tvärsnitt i frontalloben något framom gyrus centralis ant. visar intet abnormt. Vid tvärsnitt genom parietallobens midt befinnes centrum semiovale intaget af en håla med ojämna väggar af framskjutande platta gråhvita tumörmassor; hålan fylld af gul-hämorrhagisk tunnflytande vätska. Denna håla sträcker sig bakåt till 1 ctm. från hemisferens fria yta.

Sidoventrikeln obetydlig dilaterad. Ryggmärg makroskopiskt normal. Från öfriga organ intet att anmärka.

Mikroskopiskt befanns tumören vara ett sarcoma globocellulare.

Diagnosen i fallet var till en början ej fullt säker. Att en begränsad lesion förelåg och detta en i närheten af centralgyri, därför talade de till ena sidan inskränkta anfallen med ryckningar, som först började i ena armen

och därefter spredo sig till benet å samma sida. Men af hvilken art denna var, kunde ej bestämdt afgöras. Patienten hade förut enligt hans uppgift, som man ej hade skäl att betvifla, varit fullt frisk, aldrig lidit af hufvudvärk eller yrsel. En så akut början är relativt ovanlig vid hjärntumörer, och då därtill ögonbotten ej visade något abnormt, syntes mig en hjärntumör vara mindre sannolik, och detta så mycket mera, som ingenstädes någon tumörbildning kunde upptäckas och patienten ej visade någon egentlig afmagring. För en embolus fanns ingen källa, men väl kunde en trombos tänkas föreligga. Sannolikast syntes mig dock en syfilitisk affektion af ena eller andra slaget, då patienten för ett antal år sedan hade haft en chancere, om ock utan sekundära symptom; anmärkningsvärdt i ty fall var endast, att patienten aldrig lidit af hufvudvärk. Jag ansåg det därför riktigast, att underkasta pat. en injektionskur jämte jodkaliumbehandling. Det oaktadt visade sig sjukdomen vara progressiv. Småningom blef patienten allt slöare, paresen af högra sidans extremiteter, till en början af armen, ökades till fullständig paralyt och slutligen konstaterades utpräglad staspapill. Att en hjärntumör förelåg var därmed tydligt.

Symptomens fördelning tillät äfven en lokaliseringsdiagnos. Redan de första anfallen började med ryckningar i armen, sedan gående öfver på benet, och senare uppgaf patienten, att de nya anfallen inleddes af en känsla af krypning i högra handen. Vidare konstaterades en höggradigare pares af armen än af benet å samma sida. Allt detta talade för en tumörbildning i närheten af armens centrum. Då tillståndet alltjämt trots den antisyfilitiska behandlingen försämrades, låg enda räddningen för patienten i ett försök att exstirpera tumören, hvarför han remitterades till kirurgiska afdelningen. För operationen hänvisar jag till Dr. Schillers redogörelse.

Den efter operationen, oaktadt någon tumör ej anträffades, inträdande förbättringen gick emellertid efter en tid

tillbaka, och patienten afled i djup koma. Sektionen visade nu, att just motsvarande den genom trepanationsöppningen framträdande hjärnprolapsen en tumörbildning fanns ini centrum semiovale. Denna tumörbildning hade emellertid en kolossal utsträckning; huru stor denna vid operationstillfället varit, är naturligtvis svårt att afgöra; det synes mig dock vara sannolikt, att redan då tumören egt en sådan utsträckning, att någon fullständig exstirpation af densamma ej kunnat ega rum. Hade i tidigare stadier en diagnos kunnat ställas och vi vågat tillråda en operation, hade utgången möjligen kunnat blifva en annan, då allt talade för en relativt obetydlig svulstbildning i närheten af centralvindlarne; som förhållandet nu var, kunde emellertid tumörbildningen väl misstänkas, men ej med säkerhet antagas finnes.

I fråga om symptomen torde förtjena framhållas deras apoplektiforma början, som ej är så vanlig vid liknande åkommor. I tumören funnos vid sektionen hämorrhagiska öar; sannolikt torde väl vara, att en liknande blödning ini tumören gifvit anledning till de första anfällen. Särskildt anmärkningsvärdt synes mig emellertid förekomsten af lokalisationsymptom vara i fallet. Af dessa tycktes framgå, att tumören satt i eller åtminstone omedelbart under barken, men det oaktadt anträffades trots ett ganska djupt insnitt i hjärnmassan ej någon tumörbildning vid operationen, och detta oaktadt sektionen visade, att trepanationsöppningen träffat omedelbart öfver tumörens hufvudmassa. Tumören måste därför hafva setat djupare in i centrum semiovale, och fallet visar således det ovanliga symptomet af en kortikal epilepsi vid lesion i centrum semiovale. Alldeles enstaka står det nog icke i detta hänseende. I den mig tillgängliga litteraturen har jag endast kunnat finna tvenne fall, som visa samma förhållandet, nämligen ett af Mya och Codivilla (*Contributo alla diagnosi ed alla cura delle cisti da echinococco cerebrali. Policlinico 1894* 1/3. Ref. i *Centr. f. klin. Med.* 1894 p. 781), ett fall af

en stor echinococcuseysta i centrum med hemiepileptiska anfall, och ett af Dufloecq (De l'épilepsie partielle d'origine sous-corticale. Rev. de méd. 1891 p. 102), ett fall af en subkortikal blödning med begränsade konvulsioner.

---

Då patientens tillstånd under sista veckan så betydligt försämrats, att en letal utgång när som helst kunde befaras, och då vis å vis diagnosen ingen anledning till tvekan förefanns, skreds till operation.

D. 7/4. Sedan läget af fissura Rolando bestämts och densamma å huden markerats, lades ett mjukdelssnitt i en uppåt konvex båge, så att en halfeirkelformig hudlambå bildades med basen vettande nedåt. Denna delades af den markerade fissura Rolando i 2 nästan likstora halvvor. Sedan lambån slagits nedåt, utskars och uppmejslades en något mindre periost- benlambå med likaledes nedåt vettande bas. Efter nedåtvikning af denna, gjordes i den uppmejslade benytan med mejsel och hammare en enkronestor trepanationsöppning, hvilken kom att ligga ungefär midt öfver Rolandoska fårans mellersta del. Den nu frilagda duran kändes hård och spänd och efter gjord incision i densamma framskjöt straxt den tydligen under ett högst betydande tryck stående hjärnmassan tämligen högt ur bendefekten, hvarvid såväl pian som hjärnsubstansen brast sönder. I botten af den på detta sätt uppståndna sprickan syntes normal hvit hjärnsubstans. Någon pulsation syntes ej; ej heller någon tumörliknande massa, hvarför en incision gjordes ytterligare i hjärnsubstansen intill 2 etmsr djup, utan att dock någon tumör kunde anträffas. Som ett längre letande på större djup ej ansågs tillständigt, anlades suturer å de åter uppslagna lambåerna, hvarpå förband anbragtes.

Efter operationen var tillståndet rätt godt, pulsen kraftig och jämn. Sår läkningen förlöpte hela tiden aseptiskt och temperaturen var normal. Så småningom försvann

slöheten och efter omkring 14 dagar hade intelligensen i betydlig grad återvunnits. Från daganteckningarna må följande utdrag tjena till ledning.

D.  $10/4$  (3 dagar efter operationen). Tillståndet rätt godt; pat. dock mycket slö; tidsals afgår urinen ofrivilligt i sängen; tidsals måste pat. tappas. Förlamningssymptomen som förut.

$12/4$ . Förlamningen oförändrad: patellarreflexen å höger sida förstärkt; höger arm och ben nu alldeles slappa. Mindre slö än förut.

$23/4$ . Vid förbandsombyte visade sig såret fullständigt läkt. Öfver operationsfältet finnes en utbuktning af hjärn-massa till flera ctmrs höjd. Intelligensen nu betydligt klarare. Han förstår tilltal, men har svårt att göra sig förstådd, på grund af att han förlorat minnet för en hel del ord. Ger man honom en bok, gör han försök att läsa, men synes ej förstå, hvad han läser. Klagar emellanåt öfver värk i hufvudet. Förlamningarna såsom förut.

D.  $21/5$ . Hjärnan buktar ut högst betydligt genom trepanationsöppningen; tydlig pulsation kännes och synes å det utbuktade partiet. Allmänna tillståndet betydligt förbättradt. Är nu liflig och talar mycket bättre, men saknar ännu minnet för en del ord, isynnerhet namn. Känner igen bokstäfver och siffror; känner igen sitt eget och andras skrifna namn, men kan ej uttala dem, blott efter-säga. Kan med venstra hand skrifva sitt namn. Förlamningen kvarstår med rigiditet i benet. Staspapillen nästan försvunnen.

$6/6$ . Har i natt haft ett anfall af medvetelslöshet med ryckningar i armar och ben. Bitit sönder tungan.

$4/7$ . Pat. har den sista tiden blifvit betydligt mera slö; är ofta mycket nedstämd och gråter. Talet mycket försämradt. Förlamningen oförändrad, men rigiditeten i höger arm och ben ånyo ökad.

$14/7$ . Nu åter slö; urin och fæces afgå i sängen. Försämrades sedan dagligen, tills exitus inträffade.

Operationens syfte blef i detta fall förfeladt. Trots en tydlig och klar diagnos, mot hvilken intet kunde invändas, påträffades ej någon tumör. Helt visst hade den dock, anträffats om vid operationen insnitt gjorts tillräckligt djupt. Huruvida tumören, vid operationstillfället var fullt exstirperbar, är svårt att säga. Sådan den vid sek-

tionen befanns, var den inoperabel på grund af sitt läge intill ventriklarne.

Om sålunda genom operationen ej någon helse återvans, blef pat. dock högst betydligt bättre. Ifrån att han legat så godt som moribundus, förbättrades allmäntillståndet så småningom. Intelligensen återkom och pat. kunde tala så pass, att han kunde göra sig förstådd. Förlamningarne qvarstodo visserligen, men pat. hade dock under två månader en relativt dräglig tillvaro. Framhållas förtenar äfven tillbakagången af de höggradiga stasispapillerna.

**Multipla sarkom med egendömlig fördelning och  
symptom af pseudobulbärparalysi.**

Af H. Köster.

Ett här observeradt fall, i hvilket, långt innan den egentliga orsaken till lidandet kunde konstateras, bulbärparalytiska symptom utbildades, beroende såsom vid sektionen visade sig på en svulstbildning i lilla hjärnan, synes mig erbjuda så mycket af intresse, att jag, oaktadt sjukhistoriens ofullständighet på grund af patientens nedsatta tillstånd och oaktadt härdningen af hjärnan genom en olycklig tillfällighet misslyckades, ansett detsamma värdt att meddelas.

K. L. 54 årig gift qvinna. Int. <sup>25</sup>/<sub>7</sub> 93, utskrifven död <sup>20</sup>/<sub>8</sub> 93.

*Anamnes:* På grund af patientens svårighet att tala och klenhet kunde endast helt få upplysningar af omgifningen vinnas i fråga om denna. Hennes släkt är frisk. Hon är gift och har haft 8 barn, intet missfall. Straxt före jul 1892 fick hon en stor kula i ena axelhålan, som under "smörjning" gick tillbaka. Snart därefter slog stora knölar upp i bröstet och i axelhålan, som varierade i storlek, men småningom gingo tillbaka. I April månad föll hon plötsligen omkull, fick kräkningar, men repade sig snart, ehuru hon några dagar sludrade på målet. Hon har sedan dess aldrig varit frisk utan varit kraftlös, än varit uppe än legat till sängs, haft "ondt i bröstet", tålde aldrig mat samt magrade i betydlig grad. Knölar observerades ej under denna tid. För 6 veckor sedan fick hon ett nytt anfall, föll omkull, kände sig besynnerlig, miste sansen under omkring 1 timmes tid och har sedan dess haft svårt att svälja och tala, symptom, som sedan alltjämt tilltagit. Hon insändes till sjukhuset under diagnos bulbärparalysi.

*Status præsens:* Patienten ser mycket klen och medtagen ut samt är rätt mager och kraftlös. Matlusten är dålig, inga kräkningar, temperaturen normal. Urinen fri från ägghvita och socker; intelligensen möjligen något ned-satt. Hon klagar endast öfver svårigheten att tala och svälja, tyckes däremot ej hafva någon hufvudvärk eller yrsel. Inga smärtor i kroppen.

Objektift konstateras följande: Syn god. Ögonrörelserna äro i alla hänseenden fullt normala. Sensibiliteten i ansiktet likaledes normal. Högra ansiktshalfvan förefaller att vara något slappare än den venstra, högra nasolabialvecket grundare än det venstra, högra mungipan hänger något längre ned än den högra, men kan dock dragas uppåt, om ock med ansträngning. Läpparne kunna endast röras obetydligt och förefalla något tunnare än normalt. Munnen kan ej spetsas, hvissling är omöjlig. Hörseln fullt normal. Tungan kan ej sträckas framom tandgården, tyckes deviera åt höger. Den är symmetrisk, ej atrofisk, inga fibrillära ryckningar. Stämman är ej belagd. Mjuka gommen hänger slappt och orörlig, uvula devierar ej, inga reflexer kunna utlösas genom beröring af densamma, gombågarne stå lika högt. Vid sväljning regurgiterar födan upp i näsan, ingen hosta vid sväljning.

Talet är ytterst otydligt med stark nasal klang. Patienten kan ej uttala någon konsonant riktigt utom möjligen m, fastän äfven denna blir otydlig, och detta gäller både om tung- och labialbokstäfver. Vokalerna däremot foneras rätt bra utom u, som än låter som ö än som y. Armarne äro svaga, venster arm och hand äro möjligen detta i högre grad än högra sidans arm. Gång omöjlig, kan ej stödja på benen, men väl röra dem i sängen; ingen utpräg-lad ataxi.

Sensibiliteten är öfverallt normal. Patellarreflexerna äro starka, dorsalklonus saknas. Blåsa och rectum funktionera normalt.

*Ordination:* Jodkalium 0,50 3 ggr de die.

*Daganteckningar:* <sup>5</sup>/<sub>8</sub>. Pat. är mera slö, svarar ej vidare på tilltal, klagar ej öfver något särskildt ondt. Urinen går i sängen. Sväljning omöjlig, hvarför hon er-håller närande lavemang.

<sup>15</sup>/<sub>8</sub>. I dag observerades ofvanför hvardera mammillen en valnötstor blåaktig svulst, den ena mjuk, den andra pseudofuktuerande. I fossa supraclavicularis sin. äro lymf-körtlarne betydligt ansvalda. (Dessa svulster lära enligt



en uppgift hafva funnits redan vid tiden före slaganfallen, men då varit hvita till färgen). Afmagringen har ytterligare tilltagit, händernas muskulatur är mycket infallen, men händerna kunna dock röras; särskildt gör patienten vid tilltal ständiga omotiverade rörelser med dem, dock ej atetotiska. Höger ben förefaller i dag att vara svagare än det venstra, venster facialis är betydligt paretisk. Ansiktsmusklerna slappa, men ej atrofiska, tungan alldeles örörlig i munnen.

Buken svälde sista tiden ganska hastigt, var uppdrifven och spänd, tydliga tumörer kunde dock ej med säkerhet påvisas. Tillståndet försämrades alljämt, och pat. afled d.  $\frac{20}{8}$  på natten.

*Sektion:* Liket höggradigt afmagradt, buken uppdrifven. Hjärtsäcken innehåller ringa mängd klar vätska, hjärtat mäter  $9 \times 8$  ctm., valvler och mynningar utan anmärkning, intet öppet foramen ovale, muskulaturen är brun, atrofisk. Venstra lungan är normal, i högra lungans nedre lob anträffas i dennas öfre del nära ytan åtskilliga lobulära, lufttomma, något korniga härdar. Vid bukhålans öppnande omentet sammandraget, uppgånget i tvenne äpplestora tumörer, som genom tunna strängar äro fästade vid colon transversum. Dessa tumörer äro mycket mjuka, loberade, starkt blodfärgade, och vid insnitt befunnos de utgöras af en mörjig, sönderfallande, blodig massa med omvexlande ljusare saftrika partier. I lilla bäckenet finnes en ringa mängd mörkt blod, peritoneum för öfrigt glatt och glänsande. Mjälten mäter  $9 \times 5$  ctm., är blek, dess pulpa normal. Levern mäter  $23 \times 19 \times 15$  ctm., är blek, utan anmärkning. Gallblåsans fundus synes före uppklippningen intagas af en gulaktig tumör, som infiltreradt hela väggen här; vid blåsans uppklippning befinnes densamma fylld af en sönderfallande svulstmassa, som endast vid fundus eger något sammanhang med gallblåseväggen, men för öfrigt ligger fri ini densamma; dess snittyta mörjig, omvexlande starkt blodinfiltrerad och gullvit, mycket lös. Njurarne mäta  $11 \times 8 \times 3,5$  ctm., äro bleka, utan anmärkning. Omedelbart ofvanför och framför venstra njuren anträffas en barnhufvudstor, mjuk, ej loberad tumör, med blek yta, fläckvis blodspräcklig; vid insnitt befinnes den hafva samma mörjiga, omvexlande bleka och blodiga pulpa med riklig mängd saft som de förut beskrifna tumörna. Öfriga lymfkörtlar äfven svällda och mjuka. Ventrikeln är normal. Å tarmarnes yta finnes här och hvar små pendelartade tumörer af samma

art som de förut beskrifna, till ett antal af 3-4 stycken, högst valnötstora. Dessutom franträda i serosan talrika indragningar, begränsade till ileum och jejunum, medan duodenum och colon sakna dem. Motsvarande dem finnas i mukosan talrika tumörer, dels intagande delar af Peyerska plaques dels äfven å andra ställen. Dessa variera till formen; än bilda de små ärtstora, rundade än något större tumörer, i förra fallet med jämn glatt, i senare fallet med något mera ojämn sönderfallande yta, än åter anträffas platta, flera centimeter stora tumörer med gul periferi och mörkt svart centrum än åter slutligen sådana, i hvilka detta svarta centrum fallit bort och endast den gula perifeska delen kvarstår såsom en flera mm. hög ring, omgifvande en djup krater, hvares botten utgöres af muscularis. Groftarmen och genitalia visa intet anmärkningsvärdt.

I mammæ och lymfkörtlarne i axillar- och regio supraclavicularis träffas safrika, lösa tumörer med gullvit snittyta.

Å hjärnan är dura spänd, dess insida är glatt, pia cerebri utan anmärkning. Högra hemisferens konvexa yta visar intet abnormt utom i trakten af 2:dra frontalvindeln midt, där en hasselnötstor, mjuk tumör anträffas, sänkande sig kilformigt in till ett djup af 2 etm., med en blodfärgad lös snittyta och relativt skarp gräns mot omgifvande hjärnsubstans. Å denna hemisfers insida finnes en liknande tumörbildning i gyrus calloso-marginalis straxt ofvan och bakom splenium corporis callosi, sträckande sig in ända till bakre hornets insida. Å venstra hemisferen är bakre hälften af gyrus temporalis secundus och tertius intagen af en valnötstor tumörmassa, som gripit öfver på duran, så att hjärnan här hängde lindrigt fast vid hjärnskålsbasen; denna nybildning är endast helt ytlig. En liknande hasselnötstor knöl i finnes gyrus parietalis superior i dess främre del. I högra lillhjärnshalfvans bakre del anträffas en valnötstor liknande tumörbildning. Medulla och pons utan anmärkning liksom ryggmärgen; måttlig mängd spinalvätska i ryggradskanalen, kotkropparne normala. Härdningen af hjärnan misslyckades, några tumörmassor funnos dock ej ini densamma att döma af den mikroskopiska undersökningen, som endast visade fin detritus inne i hemisfererna. Mikroskopiskt visade sig tumörerna i hjärna och tunntarm utgöras af ett sarcoma globo-fuso-giganto-cellulare med kolossala mångkärniga jätteceller. Medulla oblongata skars i serie, men intet abnormt kunde upptäckas i dess kärnor eller banor.

Fallet erbjuder intresse både i kliniskt och patologiskt-anatomiskt hänseende. Såsom nämnts insändes patienten under diagnos bulbärparalys, men att ej en verklig sådan förelåg blef snart klart trots den endast ofullständiga undersökning, som kunde göras på den mycket medtagna patienten. Åtskilliga härhän tydande symptom funnos, såsom paresen af facialis, af tungan, af läpparne och gombågarne, men härtill inskränkte sig likheten. Redan sjukdomens inträdande under apoplektiska anfall med förlust af medvetandet, första gången följd af några dagars svårighet att tala, andra gången af pares af tal- och sväljmuskler, afviker för mycket från början vid en Duchennes paralys och kom oss snarare att tänka på möjligheten af härdlesjoner i hjärnan med åtföljande bulbärsymptom, på en s. k. pseudobulbärparalys. Visserligen var det egenomligt, att ingen pares af extremiteterna utbildats under sådana förhållanden, — v. arm var dock möjligen något svagare än den högra — men möjligheten af, att sådan funnits, fastän den gått tillbaka, kunde i betraktande af de ofullständiga uppgifterna ej uteslutas. Att så kan vara förhållandet, visar bland annat ett af mig i dessa förhandlingar (1892 s. 85) publicerad fall med betydliga tal och sväljrubbningar, men utan kvarstående pareser af extremiteterna. Undersökningen af patienten styrkte äfven denna uppfattning. Trots den långvariga durationen saknades atrofi af de paretiska musklerna och fibrillära ryckningar; en elektrisk undersökning tillät ej patientens tillstånd att utföra. En pseudobulbärparalys syntes mig därför sannolikast, men en sak var dock anmärkningsvärd, om ett sådant lidande fanns, nämligen dess progressiva karakter. Denna lät ej förklara sig genom nämnda antagande; först upptäckten af tumören i mamma lemnade, som det tycktes, nyckeln till förklaringen häraf; en tumörbildning i närheten af medulla oblongata med tryck å denna syntes tillfyllestgörande förklara symptomen. Dessas fördelning talade bestämdt för, att denna tumörbildning ej satt i själfva medulla, utan endast i dess närhet.

Sektionen visade äfven riktigheten af detta antagande. En tumörbildning fanns nämligen i högra lillhjärnshemisferen, och denna torde genom tryck anses kunna hafva framkallat symptomen i fallet. Man behöfver ej söka efter annan orsak; såsom jag i min förra uppsats omnämde, har man upprepade gånger vid liknande symptomkomplexer funnit förändringar i nucleus lenticularis yttre del; huru denna förhöll sig i fallet, kunde emellertid ej på grund af härdningens misslyckande afgöras, säkert är endast, att någon tumörbildning ej fanns härstädes, då mikroskopiska preparat från dessa partier endast visade detrituskorn, inga tecken till svulsteeller.

Hvad symptomen för öfrigt beträffar, så kunde man ej af dem vänta att finna multipla nybildningar i hjärnan. Visserligen sitta de vid sektionen funna å ställen, från hvilka särskilda karakteristiska symptom ej bruka utlösas, men man hade dock kunnat vänta, att åtminstone allmänsymptomen varit mera utpräglade, än hvad fallet var. Den kliniska observationen var dock ofullständig på grund af patientens nedsatta tillstånd, och några dylika kunna därför hafva förbisetts; dock tyckes särskildt svårare hufvudvärk och yrsel hafva saknats, medan väl kräkningar funnos någon enstaka gång.

Största intresset erbjuder emellertid fallet i patologiskt-anatomiskt hänseende. Redan svulstens art, den af ett sarcoma globo-fuso-giganto-cellulare är ej så vanlig, men ännu anmärkningsvärdare var svulsternas fördelning. Utom i mammæ funnos sådana i mesenterialkörtlarne, i omentet, i gallblåsan, i tunntarmens slemhinna samt enstaka å dess serosa och i hjärnan, medan öfriga organ voro fullt fria. Huru man skall kunna förklara denna fördelning, är svårt att säga. Hvarför uppstår en tumörbildning i gallblåsan från dess fundus, medan lefvern för öfrigt är fullt fri, hvarför uppstå multipla tumörer i tunntarmens mukosa och några få å dess serosa, medan groftarmen förblir fullt fri; hvarken kärlfördelningen eller de anatomiska förhållandena kunna lemna svar härå. Arteria mesenterica superior

förser ej blott jejunum och ileum, utan äfven en del af duodenum och colon med blod, och art. cystica är en gren af arteria hepatica. Egendomliga äro äfven de multipla mestastaserna i hjärnan, utan att i lungorna tumörbildningar uppträdt och utan att ett öppet foramen ovale fanns.

Fallet synes mig i detta hänseende vara särdeles anmärkningsvärdt. Hvar den primära utgångspunkten är att söka, kan ej med säkerhet afgöras; säkerligen äro de multipla tunntarms- och hjärntumörerna sekundära liksom sannolikt de multipla lymfkörtel- och omentsvulsterna; endast i mammæ och gallblåsan hafva vi isolerade tumörer, kanske är utgångspunkten att söka i bröstkörteln; åtminstone hafva de först observerade tumörerna visat sig här och i motsvarande axillarhåla, ehuru detta naturligtsvis kan bero på, att dessa ställen äro bäst tillgängliga för observation, Hvad man skall tro om den anamnesticke uppgiften, att redan  $\frac{1}{2}$  år före hennes insjuknande knölar slagit upp i mamman och axelhålan, som under smörjning gått tillbaka och försvunnit, är äfven omöjligt att afgöra; näppeligen torde väl en svulstbildning af den vid sektionen funna beskaffenheten under sådan behandling gå tillbaka.

Fallet är såsom synes i flera hänseenden anmärkningsvärdt och svårt att förklara.

## Två fall af perforerande aorta-aneurysm.

Af O. Tirén.

Sektionsfynden i bägge fallen erbjuda åtskilligt af intresse, hvadan de i korthet härmed offentliggöras jämte inhämtade öfriga upplysningar, hvilka beklagligtvis af nedan nämnda skäl blifvit högst ofullständiga.

1. Arbetaren J. S., 65 år. Vårdades å med. afdelningen d.  $17\frac{1}{2}$ - $1\frac{1}{4}$  1893, hvarvid i journalen finnes antecknad: Enligt pat:s uppgifter vid jultiden därförut lunginflammation med tillfrisknande; dock i samband härmed varbildning med långvarig värk i v. knäleden; efter varets tömmande bättre. Sedan hade värk i högra höfttrakten, buken och ryggen tillstött. Han hade ej kunnat gå uppe till följd af smärtorna. Under sjukhusvistelsen därefter observerades utom smärtor i vekrygg, höft och buk, som drifvit pat. att söka sjukhusvård, att v. armbågsleden var likformigt uppdrifven och svullen med betydligt minskad rörlighet, ömhet vid tryck och passiva rörelser; feber,  $38^{\circ}$  de två första dagarne, därefter ingen temperaturstegring. Utskrefs frisk i afseende å rygg-, höft- och buk-smärtor, fbd i afseende å armbågsleden (betydligt mera rörlighet, minskad ömhet).

Pat. intogs åter den  $\frac{6}{9}$ , uppgaf sig under mellantiden hafva varit jämförelsevis frisk, men hade dock fallit af betydligt. Smärtor i buken, ej särskildt lokaliserade, svårare under den sista tiden. Hosta, andtäppa och tilltagande afmattning kommo honom att söka sjukhusvård. Supare. I journalen (Kand. Josephsson) finnes dessutom antecknad: Ej kakektiskt utseende; buken betydligt uppdrifven, ej tydligt ömmande för palpation, öfverallt med tympanitisk ton, ingen resistens. Abs. hjärtdämpningen liten, impuls i mam. lin. i 5:te interstitiet, tämligen lyftande. Inga blåsljud. Öfver lungorna rikliga fuktiga rassel och ronchi.

Aptit dålig, sömn god. På aftonen en mindre kräkning, kl. 7.30 e. m. ett nytt kräkningsanfall, några krampaktiga sträckningar i kroppen samt kollaps och död. Närmare undersökningar medhunnos ej till följd af den plötsliga döden.

*Sektion.* God nutrition. Vid bröstorgens öppnande visar sig hela venstra pleurahålan utfyld af blod och blodkoagler, så att lungan är sammantryckt och lik en tunn med adhärensor här och där vid bröstorgens sammanhängande skinnlapp. Vid kotpelaren synes efter lungans och blodets aflägsnande en ungefär 2-kronestor blödning med i midten ett hål i pleuran, lillfingervid med trasiga kanter, tydligen gående in i aorta. Hjärta 10×9 ctm., utan hypertrofi, slappt, sladdrigt, brunt i köttet; muskulatur i v. kammaren 9-11 mm. Riklig fettbeläggning. I allmänhet blodtomma organ. Mjälte mörjig, 14×7×3 ctm., ljust gråröd. Lefver, njurar m. m. utan anmärkning.

Aorta, som ofvan hiatus aorticus diaphragmatis i allmänhet är vidare än vanligt, visar straxt före inträdandet i nämnda öppning en ungefär gäsäggstor likformig utvidning (omkrets omkring 14 ctm.); där nedanför är den af normal vidd, men ända till promontorium baktill och på sidorna med en delvis nära tumtjock fibrös svål intimt förenad med bakre bukväggen, d. v. s. kotkropparne. Inga smältningsprocesser i denna svål. De nedersta (11 & 12 dorsal) kotkropparne, motsvarande det ofvan omtalade aneurysmat, äro usurerade till ett djup af ett par ctm. Aortas insida visar i öfre delen ända till utvidningen endast sparsamma gula fläckar samt förtjockningar; vid afgången af art. thoracicæ små kalkskollor; vid aneurysmat är insidan skroflig, ulcererad, fibrinbelagd på ett begränsadt område, 3×3,5 ctm. i höjd rundt om. Perforation (2 öresstor) till ett aneurysma dissecans, som sträcker sig 13 ctm. uppåt och hvilket i sin ordning perforerat till v. pleurahålan (se ofvan). I aorta abdominalis en större (2 ggr 5 öresstor) skroflig, ulcererad arteriosklerotisk fläck med fibrinbeläggning och dessutom smärre gula och hvita förtjockningar i inre hinnan.

2. Körmästare C. M., 44 år. Intogs  $16/3$  1895.

Notorisk supare, känd för sin styrka och såsom skicklig hästkarl; haft delirium tremens åtminstone 1 gång förut. Någon tid före intagandet utsatt för ett öfverväld, därvid han erhöll svårare slag i hufvudet. Insjuknade kort tid

därefter på nytt i delirium tremens. Till följd af det ständiga, mer eller mindre våldsamma, deliranta tillståndet kunde endast flyktiga undersökningar göras och inga närmare anamnestiska uppgifter erhållas. De i hufvudsvålen befintliga ärren vid intagandet läkta, utan ömhet eller annan reaktion. Puls jämn och kraftig, ej långsam eller påskyndad. Dofva, men rena hjärttoner. Från lungan inga symptom. Vid somliga tillfällen klagade han öfver hufvudvärk (vanl. efter kloral, konjak o. s. v.) samt tungt bröst. Inga kräkningar. Våldsamma delirier; nästan ständigt tvångströja. (Vid ett tillfälle, då tröjan lossats, var han nära att strypa en sjukhusdräng). Tremor. Kraftigt byggd och betydligt korpulent. Annars inga subjektiva, ej heller tydliga objektiva symptom.

Omedelbart efter rondbesök den 27/8 afled han helt plötsligt; han hade stigit upp på golfvet med lossad tvångströja, kollaberade hastigt och røjde inga lifstecken, då läkarne inom några sekunder infunno sig.

*Sektion.* Hjärta  $14 \times 12,5$  ctm., slappt, sladdrigt; å h. kammarens främre yta uppåt conus art. en ungefär  $6 \times 3$  ctm. stor senfläck, något ärrigt indragen, med ecehy-moser på ett 2-öresstort område; ej fibrinbeläggning. Hela pericardium utspändt af blod och koagler. Bakom art. pulm. å h. sida af de uppgående kärlen finnes en öppning med trasiga kanter, genomsläppande ringfingret. Den mynnar in i en större, blodfylld håla, som befines vara ett aneurysma dissecans, nående uppåt till och något förbi afgangen af de stora hälskärnen; i detta inga tromber eller fibrinmassor, endast blod och cruor. Vid uppklippandet af aorta synes omkring 1,5 ctm. ofvan den bakre högra aortafliken en ungefär 1-öresstor perforation af aortaväggen med trasiga kanter samt rätt uppåt från denna en längsgående ruptur med flera tvärrefvor, omkring 9 ctm. lång, nående upp mot arcus. Aorta är straxt ofvan valvulæ semilun. betydligt utvidgad (omkring 13 ctm. i omkrets), dess insida visar här skrofligt utseende med ulcerationer och någon kalkinkrustation. Betydlig kalkafslagning i semilunarvalvlerna, så att de stå styfva och stenosera lumen. Muskulaturen i v. kammaren mäter 13-15 mm. Bindväfs- och fett-vandling. I aorta för öfrigt anmärkningsvärdt ringa arteriosklerotiska förändringar; endast sparsamma gula och hvita fläckar och förtjockningar. Öfriga organ utan anmärkningsvärda förändringar.



Mikroskopisk undersökning i bägge fallen af aorta visar enahanda utseende å de beskrifna skrofliga ställena och å de gula fläckarne: förtjockad och skleroserad intima, som utåt öfvergår utan gräns i en fast lamellös väfnad, media och adventitia. Vasa vasorum hafva öfverallt tjocka väggar, liflig rundcellsinfiltration. I de djupare lagren molekulärt sönderfall jämte hyalin degeneration, utan gräns öfvergående i hvarandra. Äfven å relativt friska ställen af media synas i väfnaden kring vasa vasorum indurationer med mer eller mindre stark rundcellsinfiltration.

I de aneurysmatiska utvidgningarne uppgå de olika hinnorna utan gräns i en mer eller mindre fast bindväfsliknande väfnad, där ej spår synes af struktur påminnande om normal tunica media.

Liksom i alla fall af aortaaneurysm och arterioskleros synes i dessa alkoholismen otvetydigt böra sättas i första rummet som ätiologiskt moment. Särskildt påpekas i fall 2 omåttligt förtärande af öl, hjärthypertrofi; dock finner den senare tillräcklig förklaring af de stenoserande kalkinkrustationerna uti aortavalvlerna, mannens kroppsstyrka och under lifvet ansträngande sysselsättning. Genombrott till perikardialsäcken är ej särdeles vanlig, rupturens utseende och storlek säkerligen ännu mer sällsynt. Med den försiktighet, som vid sektionen iaktogs, kan artefakt sådan uteslutas. Att det dissekerande aneurysmat uppstått momentant i samband med rupturen bevisas af innehållets beskaffenhet.

Fall 1 erbjuder några mera afsevärda detaljer. Läget för aortautvidgningen är anmärkningsvärdt äfvensom den svåliga bindväf, hvarmed aorta abdominalis fanns fastlödd vid kotpelaren. De i anamnesen nämnda uppgifterna om föregående lunginflammation, ledinflammationer, smärtor o. s. v. måste leda tanken på en pyämisk process i samband med den förstnämnda sjukdomen. Om och i hvad mån denna svåliga väfnad härmed sammanhänger, synes mig svårt att afgöra. De kliniska uppgifterna om smärtor m. m. tyda på kausalförhållande. Ännu sannolikare synes denna abdominalaorta delvis omgifvande svål böra ställas

såsom bidragande orsak till aneurysmbildningen i aorta thoracica. Kärlets elasticitet måste tydligen genom densamma i hög grad hafva förminskats, och, då straxt därofvän större förändringar i kärlväggen förefunnits, synes den på detta ställe ovanliga utvidgningen kunna lättare förklaras. Angående de mikroskopiska fynden vill jag endast framhålla de af Köster först betonade förändringarne i tunica media och i vasa vasorum, hvilka, så vidt mig är bekant, alltid och åtminstone vid alla undersökningar, jag företagit, ungefär på samma sätt återfinnas i arteriosklerotiska förändringar, antingen dessa varit beroende af syfilis eller andra orsaker.

---



## Hjärntumör-kasuistik

af

H. KÖSTER.

På relativt kort tid har å Sahlgrenska sjukhusets medicinska afdelning observerats en rad af hjärntumörfall, som både i diagnostiskt och andra hänseenden erbjuder så pass mycket af intresse, att en redogörelse för desamma synes mig vara berättigad.

### a) Tumörer i frontalloben.

1) B. M. 59-årig qv. Int. <sup>28</sup>/<sub>10</sub> 92, död <sup>25</sup>/<sub>11</sub> 92.

*Anamnes:* En broder till pat. lider sedan 9 år tillbaka af fallandesot; för öfrigt finnas inga nervsjukdomar i patientens släkt. Pat. har före sin nuvarande sjukdom aldrig haft något slaganfall och har aldrig förr lidit af hufvudvärk, utan i allmänhet varit frisk. Inga barn, inga missfall. En dag i aug., då pat. satt å en stol och nystade garn, sjönk hon utan minsta förkänning plötsligen ihop och förlorade förmågan att se och tala. Ansiktet drogs snedt, vänstra mungipan hängde ner, ögonen drogos uppåt och åt vänster. Medvetandet uppger hon sig hafva haft kvar hela tiden; ryckningar lära ej hafva förekommit. Anfallet varade ett par timmar, hvarefter hon plötsligen kunde se och tala; samtidigt gick ögonens deviation tillbaka, men snedheten i ansiktet var först efter 3 veckors förlopp fullständigt försvunnen. Patienten kan ej uppge, om under anfallet någon förlamning förefanns, men efter ett par timmar kunde hon i hvarje händelse både gå och bruka armarne, ehuru hon därvid kände en viss svaghet. Ingen hufvudvärk under tiden efter anfallet. En vecka före intagandet å sjukhuset fick patienten en ytterst plågsam hufvudvärk, begränsad till högra halfvan af hufvudet, starkast i tinningstrakten, hon måste gå till sängs, och vid försök att resa sig fick hon svåra kräkningar. Ett par dagar senare märkte omgifningen, att arm och ben å vänstra sidan voro förlamade. Inga andra symptom förekommo.

Hufvudvärken kvarstod mer eller mindre svår till intagandet å sjukhuset.

*Status præssum* 28/10 92. Patienten har en rätt stark kroppsbyggnad, muskulaturen är kraftigt utvecklad, hullet dåligt, huden torr, ansiktsfärgen blekt gulaktig. Blicken slö, men intelligensen dock tämligen fri, matlusten är god, afföringen normal, pulsen är jämn, stark. 84 i minuten. Andningsfrekvens 20 i minuten. Temperaturen normal, urinen fri från ägghvita. Ingenstädes å huden några ärr eller andra tecken till syfilis.

Patienten plågas af hufvudvärk, som dock ej tyckes vara mycket svår, öfver hjässans främre del. Hon känner sig särdeles matt.

Synskärpan tyckes vara något svagare å vänstra än å högra ögat. Oftalmoskopisk undersökning ej utförd. En svag divergens förefinnes af ögonaxlarne. Vänstra mungipan nedfallen, vänstra nasolabialvecket utplånadt, vänstra ögonlocket slutet mindre intensift än det högra. Hörseln å vänstra örat är betydligt nedsatt. Tungan devierar tydligt åt vänster; för öfrigt intet att anmärka på kranialnerverna.

Vänster arm och ben äro höggradigt paretiska, ingen rigiditet i dem, ingen atrofi. Beröringssinnet obetydligt nedsatt å hela vänstra sidan, i det att lätt vidrörande ej uppfattas här, men väl å höger sida. Patienten kan, om ock med en viss osäkerhet, skilja mellan hufvud och spets å en knappål, ortsinnet rätt bra, temperatursinnet normalt, smärtsinnet möjligen något nedsatt. Patellarreflexen är upphäfd å vänster sida, normal å höger; ingen dorsalklonus. Urin och feces gå i sängen.

Från hjärtat förtjänar endast anmärkas, att tonerna tyckas vara dofva och något suddiga.

*Daganteckningar:* 1/11. Soporöst tillstånd sedan 2 dagar. Hjärtverksamheten mycket hastig, puls liten, svag, 126.

4/11. Fullt koma, som sedan fortfor under tillstötande ore-gelbundna feberstegringar ända till exitus 15/11.

*Sektion:* Liket afmagradt. Dekubitus öfver os sacrum. Dura mater är tjock, ej sammanhängande med kraniet, för öfrigt utan anmärkning. Från pia mater intet anmärkningsvärdt. Å vänstra hjärnhalfvan gyri normala, å den högra motsvarande bakre delen af 2:dra frontalvindeln platta, något blåaktigt bleka, fasta för känseln. Vid insnitt påträffades här en äpplestor tumör med gulaktigt, mjukt centrum och mera svålig, fast, blåhvit periferi. Denna tumör intar nästan hela frontallobens tvärsnitt, motsvarande 2:dra frontalvindeln bakre del, och sträcker sig bakåt under centralvindlarne.

Hjärtat mäter i bredd 10, i längd 10 cm; det är något slappt; dess valvler och mynningar utan anmärkning, muskula-

turen brunblek, i vänstra kammaren 11 mm. Aortas insida öfverallt glatt och glänsande. Högra lungans pleura belagd med gulaktiga, spindelväfsliknande membraner, som lätt lossna; pleuraytan därunder matt; å öfre lobens midt äro lymfkärlen vackert injicerade, framträda som ett gulhvitt nätverk å lungans yta; lungan emfysematisk med purulent innehåll i bronkerna, eljest utan anmärkning. Å vänstra lungans nedre lob finnes en ärrigt indragen, 5 cm. i diameter mätande, gulhvit, strålig förtjockning af pleuran; denna mäter här 1 mm. i tjocklek, är kalkvandlad; lungsubstansen därunder normal; liksom i högra lungan purulent innehåll i bronkerna, lungsubstansen öfverallt luftförande. Mediastinalkörtlarne äro lifligt pigmenterade, eljest utan anmärkning. Från öfriga organ intet att anmärka. Mikroskopiskt visade sig tumören vara ett gumma.

Fyndet af en tumör var i fallet oväntadt; symptomen hade börjat helt plötsligt i form af ett apoplektiskt anfall, utan förlust af medvetandet, men med förlust af syn- och talförmågan under några timmar samt pares af facialis och deviation af ögonen åt vänster utan tydlig pares af extremiteterna. Alla dessa symptom försvunno med undantag af facialisparesen, som kvarstod under 3:ne veckor; därefter försvann äfven den. Efter 2 månaders välbefinnande utan hufvudvärk eller andra symptom, tydande på ett hjärnlidande, fick hon först 1 vecka före intagandet svår hufvudvärk i högra sidan af hufvudet samt kräkningar, och småningom utbildades inom loppet af några dagar en pares af vänster sida, denna gång utan apoplektisk insult och utan förlust af medvetandet. Tecken på syfilis funnos ej. Bilden, patienten vid inkomsten erbjöd, var den af en typisk vänstersidig hemiplegi. På grund af dessa symptom ansågs en trombos sannolikast föreligga, isynnerhet som hjärttonernas dofva och suddiga beskaffenhet jämte patientens ålder talade för en förhandenvarande degeneration af hjärtat. En blödning ansåg jag mig kunna utesluta på grund af de obetydliga shoksymptomen, likaså en embolus, då symptomen utvecklats småningom vid sista anfallet, och mot en tumörbildning talade de upprepade anfallet med fullkomligt fri mellantid. Ögonbotten undersöktes ej på grund af patientens nedsatta tillstånd; på grund af tumörens storlek är sannolikt, att en sådan undersökning hade visat utpräglade stasispapiller.

Fyndet af en tumör var, såsom nämnts, därför oväntadt. Densammas läge i frontalloben och under centralvindlarne för-

klarar tillfyllestgörande paresen, i det dess bakre del sannolikt åstadkommit ett afbrott i ledningsbanorna från centralgyri. Däremot äro åtskilliga andra symptom rätt anmärkningsvärda. Så vid första anfallet den utpräglade deviationen af ögonen åt vänster, som anmärktes. Denna, som, då ingen annan lesion fanns i hjärnan, måste sättas i samband med tumören, stämmer så till vida med det vanligen beskrifna förhållandet, att vid retning ögonen vändas från den lederade hjärnhalfvan. Däremot är utgångspunkten för denna retning ej den vanliga. Längre har den åsikten, förfäktad af LANDOUZY, GRASSET och WERNICKE, gällt, att det framför allt är lesioner af parietalloben, som framkalla det nämnda symptomet. Emellertid hafva på grund af talrika observerade fall tvifvelsmål uppstått om riktigheten häraf, och särskildt CHARCOT och PITRES<sup>1)</sup> hafva på grund af studiet af hithörande fall kommit till det resultatet, att centra för deviation af ögon och hufvud ännu icke med säkerhet äro kända och att de ännu mindre kunna förläggas till parietalloben. OPPENHEIM<sup>2)</sup> förlägger i det af honom s. 62 framställda schemat öfver centras lokalisation rotationscentrum för ögon och hufvud till bakre delen af andra frontalvindeln, omedelbart intill sulcus præcentralis. Det finnes äfven en rad af tumörfall i frontalloben, som i någon mån kunna stödja denna uppfattning. Så, för att blott nämna några ur den mig tillgängliga litteraturen, fall af HEBOLD<sup>3)</sup>, GILLES DE LA TOURETTE<sup>4)</sup>, BLANC<sup>5)</sup>, OPPENHEIM<sup>6)</sup>. Äfven i föreliggande fall finnes endast en lesion af frontalloben,

1) Sur quelques points controverses de la doctrine des localisations centrales. Arch. clin. de Bordeaux 1894 p. 389. Ref. i Neurol. Centralbl. 1895, s. 169.

2) Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagels Handbuch der spec. Pathol. und Therapie 1896.

3) Casuistische Mittheilungen. Arch. f. Psych. XVI Hft. 2.

4) Gomme syphilitique de la première circonvolution frontale gauche empiétant légèrement sur le lobe paracentrale avec hémiplegie droite sans hémianæsthésie. Rotation et deviation conjuguee de la tête et des yeux. Aphasie. Le Progrès med. 1882 n:o 18.

5) Sur le centre cortical de la déviation conjuguee. Lyon méd. 1886, n:o 22.

6) Beiträge zur Pathologie der Hirnkrankheiten. Charité-Annalen 1885, s. 335.

en lesion, som dessutom vid tiden för anfallet kan antagas hafva varit betydligt mindre, än hvad fallet var vid sektionen.

Äfven är förlusten af syn- och talförmågan vid ett sådant säte af tumören rätt anmärkningsvärdt, särskildt dess akuta upp-trädande. Patienten var högerhänt, och man borde hafva kunnat vänta, att, om afasien varit en följd af det ökade trycket, äfven samma sidas motoriska centra skulle varit mera angripna och detta förr än andra sidans talcentrum, hvilket med säkerhet ej var fallet. Förlusten af synförmågan kan naturligtvis vara en följd af tryck å chiasma, men hvad anledningen till denna tryckökning varit, upplyser ej sektionen om, då rester af gamla blödningar ej anträffades i tumören.

Vidare förtjänar framhållas frånvaron af alla retningssymptom å den förlamade sidan, oaktadt tumören intog så godt som hela frontallobens hvita tvärsnittsyta och gränsade omedelbart intill barksubstansen. Slutligen förtjänar såsom anmärkningsvärdt omnämnas patellarreflexernas försvinnande å den förlamade sidan, i motsats mot hvad vanligen brukar vara fallet vid liknande lesioner.

I fråga om öfriga symptom vid frontaltumörer särskildt den af BRUNS framhållna ataxien, kunna inga slutsatser dragas af fallet, då någon pröfning af patientens gång på grund af den vänster-sidiga förlamningen ej kunde företagas. I psykiskt hänseende var patienten slö, men visade för öfrigt ej några särskilda rubbningar; slöheten förklaras tillräckligt af det vid en så pass stor tumör ökade hjärntrycket, äfven om detta, såsom af sektionen framgår, ej varit så synnerligen höggradigt, då en afplattning af gyri endast konstaterades i närheten af tumören. Den mikroskopiska undersökningen visade, att tumören var ett gumma, för hvilken uppfattning äfven de typiska syfilitiska förändringarne af pleura talade, och fallet visar därför liksom så många andra, att jodkalimedikation vid gummatösa processer inuti hjärnan ofta är overksam; trots under 3 veckor fortsatt sådan. med doser af 3 gm. dagligen, skred försämringen kontinuerligt framåt; huruvida den efter första anfallet under 2 månader varande förbättringen kan skrivas på räkning af en liknande behandling eller blott är ett uttryck för de ej sällan vid hjärntumörer uppträdande remissionerna, tillåter anamnesen ej att af-



göra, då någon uppgift om den vid nämnda anfall använda behandlingen ej kunde erhållas.

2) N. B. 32-årig handelsresande. Int.  $15/3$  95, död  $22/5$  95.

*Anamnäs:* Patienten, som i allmänhet varit frisk, ej missbrukat alkohol och som bestämdt förnekar luetisk infektion, härstammar från friska föräldrar. Vid jultiden 1894 efter en lätt middag fick patienten plötsligen utan föregående illamående, utan föregående hufvudvärk eller yrsel ett häftigt krampanfall i hela kroppen med uppåtdragna ben och styfva armar samt förvridna anletsdrag. Han förlorade medvetandet, och, då anfallet efter några minuter var öfver, fantiserade han mycket, men blef småningom redig och klagade öfver svåra smärtor i vänstra axeln. Tillkallad läkare konstaterade en luxation af denna, oaktadt patienten under anfallet ej fallit från stolen eller stött sig (detta allt enligt skriftligt meddelande från hans vid tillfället närvarande broder). Efter kloroformering reponerades luxationen. Patienten sof följande natt och dag; 2 dagar därefter fick han en våldsam kräkning, måste ligga och insomnade ånyo. Tungan hade då svullnat, så att han hade svårt både att tala och svälja, och å tungans båda sidor fanns då ett »elakt» sår. Tillkallad läkare antog, att han under sömnen haft ett nytt anfall och därunder bitit sig i tungan, detta emedan å kragen af hans nattskjorta fanns blod. Efter en vecka var han, som det tycktes, återställd och reste ut. Enligt uppgift skulle patienten ungefär ett år före detta insjuknande fallit och därvid häftigt slagit bakhufvudet i marken, utan att han dock därefter försport något obehag.

Under sin resa började han emellertid besväras af svår hufvudvärk och kräkningar och måste i februari till slut intaga sängen. Denna hufvudvärk kom anfallsvis, åtföljdes af kräkningar och yrsel samt uppträdde både dag och natt. Undersökning af ögonbotten i början af mars visade intet abnormt, inga pareser förefunnos då, och talet, som under anfällen var något suddigt och otydligt, var efter hufvudvärens upphörande fullt klart, ehuru patienten föreföll att vara något dåsig. Då tillståndet ej förbättrades, intogs patienten å sjukhuset.

*Status præsens*  $17/3$ . Patienten ligger slö och dåsig i sin säng. Hans intelligens tyckes vara något nedsatt; han uppfattar visserligen frågor, men svaren därå komma endast mycket långsamt, liksom afbrutna af djupa suckar. Matlusten är dålig, och han besväras af kräkningar vid anfällen af hufvudvärk. Pulsen är långsam, 60, regelbunden och rätt kraftig. Temperaturen normal. Urinen är fri från albumin, afföringen något trög.

Han klagar öfver svår, anfallsvis påkommande hufvudvärk, som uppträder å obestämda tider och åtföljes af kräkningar; dessutom förefinnes yrsel.

Objektift förefinnas hvarken pareser eller muskelrigiditet. Gången möjligen något osäker, men dock ej i högre grad. Patellarreflexerna äro tydliga, men ej förstärkta. Sensibilitet normal. Från inre organ intet att anmärka. Inga tecken till syfilis. Ingen perkussionsömhets å kraniet.

*Daganteckningar:* <sup>21</sup>/<sub>3</sub>. Inga kräkningar sedan status. Hufvudvärk lindrigare, tillståndet i öfrigt oförändradt.

<sup>26</sup>/<sub>3</sub>. I dag konstaterades utpräglad stasipapill, venerna voro höggradigt slingriga och papillgränserna otydliga; blödnings saknades. Patienten var möjligen något mera slö, eljest tillståndet oförändradt.

<sup>29</sup>/<sub>3</sub>. I dag konstateras en lindrig högresidig facialispares.

<sup>7</sup>/<sub>4</sub>. Då patienten i dag satt å klosetten, föll han plötsligen i golvet, hade ryckningar i hela högra sidan, både ansiktet och extremiteterna. Pupillerna voro lika stora, ingen strabism, inga pareser, mycket slö.

<sup>10</sup>/<sub>4</sub>. Anfall af skakningar i hela högra sidan med medvetslöshet under ungefär 5 minuter.

<sup>13</sup>/<sub>4</sub>. Anfall med ryckningar i vänster arm och öga.

<sup>16</sup>/<sub>4</sub>. Oredig.

<sup>18</sup>/<sub>4</sub>. Nytt anfall under nattens lopp, ej närmare observeradt.

*Status den* <sup>21</sup>/<sub>4</sub>. Patienten är ganska redig, men ytterligt kraftlös och har svårt att sitta upp i sängen; han svarar slött och liknöjdt, utan att dock sluddra på målet. Minnet är mycket nedsatt. Vill han säga något, händer det ofta, att han glömmet, hvad han skulle hafva sagt, innan han kommit till slutet af en påbörjad mening. Urin utan äggvita, puls öf, regelbunden. Från näsans funktioner intet att anmärka. Utpräglad staspapill. Ingen pares af n. oculomotorii, trochleares och h. abducens, ehuru patienten endast trögt utför föreskrifna rörelser, men däremot tyckes v. abducens vara paretisk, och såsom följd häraf är vänstra ögat något inåt- och nedåtroteradt. Pupillerna äro vida, den högra större än den vänstra, nästan orörliga vid inkastandet af ljus. Ingen ökad tonus af bulbi, vänster iris något missfärgad; synskärpan högst betydligt nedsatt å båda ögonen, ej uppgående till 0,1. Vänstra ögat är anestetiskt, hyperemiskt, kornea är grumlad fläckvis och strimvis. Höger facialis nedre gren är något paretisk, den öfre grenen utan anmärkning, i det ögonen kunna slutas fullständigt, men munnen vid gapande drages något åt vänster, och högra nasolabialvecket är mindre utprägladt än det vänstra. Vänstra ansiktshalfvan visar något nedsatt vidrörings- och smärtsinne.

Från öfriga hjärnnerver intet att anmärka, tungan särskildt sträckes rakt fram, dock förefaller det, som om den lättare kunde föras öfver åt vänster än åt höger. Uvulan står lindrigt böjd åt höger, vänstra gombågen står något lägre. Ingen tydlig pares eller sensibilitetsrubbnig å bålen och extremiteterna. Patienten kan stå uppe med stöd; gå förmår han dock ej. Ingen märkbar skillnad i armarnes eller benens styrka. Patellarreflexerna äro starka, ej tydligt ökade. Tydliga abdominal- och kremasterreflexer.

<sup>5</sup>/<sub>5</sub>. Utpräglad keratitis neuroparalytica å vänstra ögat, som är totalt anestetiskt. Äfven å höger öga tyckes synen vara borta, ljusreflexen där är försvunnen. Utpräglad trismus. Vänstra ögat orörligt. Patellarreflexerna å vänster ben starkare än å höger. Muskelrigiditet vid sträckning af benen, tydligare å höger än å vänster ben. Patienten ytterst slö.

Sedan fortgick försämringen, patienten blef allt slöare, äfven å höger öga utbildades en keratitis neuroparalytica, och patienten afled <sup>22</sup>/<sub>5</sub>. Temperaturen hela tiden normal.

*Behandling:* NaBr ad noctem; KJ. 3 ggr. dagligen 1 grm. — Antipyrin — Atropin — Borsyresköljning.

*Sektion* <sup>23</sup>/<sub>5</sub>. Liket höggradigt afmagradt, vänstra ögats pupill höggradigt utvidgad (atropin), dess bindehinna lifligt rodnad. Ingen ärrbildning under hufvudsvålen eller andra märken efter yttre våld. Kalotten liksom i allmänhet hufvudskålens ben i anmärkningsvärd grad tunna. Orbitaltaken t. ex. kunna med lätthet genomskäras med en liten knif liksom papper, likaså clivus i sella turcica och corpus ossis sphenoidi neremot cellulæ sphenoidæ. Hårda hjärnhinnans yttre yta lifligt injicierad med blödningar och riklig mängd matthvita små ojämnheter, som äfven förefinnas å kalottens insida, men där äro förbenade. Dura betydligt förtjockad, starkt spänd å vänster sida, där gyri äro tillplattade och sulci nära nog utplånade. Pia mater utan anmärkning, intet exsudat under densamma, dess blodhalt måttlig. Gyrus frontalis primus och secundus sin. synas blåaktigt missfärgade, v. frontalloben buktar inåt mot falx och kännes fastare är normalt. Vid två frontalsnitt, det främre midt genom frontalloben, det bakre vid temporallobens främre spets, synes i det främre ini den hvita substansen en ungefär gåsäggsstor tumör, som i öfre partiet är gelatinös, halmgul, nästan som serumgenomdränkt fibrin, i nedre delen åter blårod med lifligt fyllda kärl och blödningar; den är här ock skarpare afsatt mot den hvita substansen. Den tyckes sträcka sig ända fram till frontallobens främre spets; i det bakre snittet synes den ej.

Efter härdning befinnes tumören intaga midten af gyrus frontalis primus och secundus sin. Den når från innerkanten

räknadt utåt 4 cm. och sträcker sig på innersidan kilformigt ner till gyrus fornicatus. Basala hjärnytan är fri. Å ett tvärsnitt 3 cm. bakom frontallobens främre ända intar den som en ungefär 4 cm. i diameter mätande rund massa centrum, skild från basala ytan af en ungefär  $2\frac{1}{2}$  cm. bred normal hjärnmassa, når utåt i dess nedre del till 3 cm. från hjärnytan, i dess öfre till knappt 1 cm., uppåt till 1 cm. från densamma; inåt når den ytan. Öfverallt, utom möjligen längst uppåt, är den skarpt begränsad mot den omgifvande hjärnmassan och låter lätt skala ut sig ur densamma. Ungefär 3 cm. längre bakåt ligger tumören uteslutande i centrum semiovale, skild uppåt, nedåt och utåt af en ungefär 3 cm. bred normal hjärnmassa, inåt af en 1 cm. tjock sådan från ytan, och dess diameter är här 3 cm. På ett tvärsnitt i trakten af gyri centrales är dess diameter endast  $1\frac{1}{2}$  cm., och den ligger här midt i den hvita substansen; å ett tvärsnitt 1 cm. längre bakåt finnes ingen tumörmassa.

Tumörens snittyta visar i öfre delen ett mera gulaktigt, grumligt utseende, i de nedre delarne finnas spridda blödningar, och den är här till färgen mera gråröd. Mikroskopiskt visade svulsten sig vara ett sarkom.

Högra hjärnhalfvan utan anmärkning. Hjärtat utan anmärkning, inga tromber. I båda lungorna synas infarkt, ett i vardera, utprägladt isynnerhet i vänstra lungan, där det är hemorragiskt, kilformigt, beläget i närheten af lingula. Dessutom finnas talrika små bronkopneumonier jämte fibrinöst varig, fläckvis uppträdande dubbelsidig pleurit. Lefver  $24 \times 19 \times 17 \times 8$  cm. med venös hyperemi. Mjälte  $14 \times 7 \times 3$  cm., utan anmärkning. Njurarne friska, andra organ utan anmärkning.

Ett i flere hänseenden anmärkningsvärdt fall. Patienten, som varit fullt frisk, får plötsligen utan föregående illamående våldsamma epileptiska anfall; dessa försvinna och återkomma ej, men i stället uppträder anfallsvis en svår hufvudvärk med yrsel och kräkningar. Oaktadt jag flere gånger hade tillfälle att undersöka honom, kunde något tecken till organisk hjärnlesion ej upptäckas förr än ungefär 3 månader därefter, då en stasispapill utbildats och patienten redan blifvit rätt slö; men för öfrigt funnos inga tecken, som kunde tillåta en lokalisation. De senare uppträdande symptomen kommo oss att tänka på en basaltumör, men sektionen visade en sådan i lobus frontalis sin. Först uppträdde en lindrig högersidig facialispares, därpå en pares af vänster abducens, och högra pupillen blef större än den vänstra

samt orörlig, vänstra ögat blef anestetiskt, och nedsättning af sensibiliteten i vänstra ansiktshalvvan inträdde, slutligen tillkom trismus, pares af alla vänstra ögats rörelsenerver samt en keratitis neuroparalytica äfven å högra ögat. Allt detta utan tydliga pareser af extremiteterna, men med en viss rigiditet af benen. Vi finna sålunda uteslutande pareser af hjärnnerver samt retningssymptom i form af ryckningar anfallsvis i extremiteterna och i ryggmusklerna. Anmärkningsvärdt var blott, att medan de flesta hjärnnerveparalyserna voro vänstersidiga, den först angripna nerven var höger n. facialis och särskildt endast dess nedre gren, men denna omständighet talade dock icke afgjordt mot antagandet af en basal lesion. Fyndet af en tumör ini frontalloben, sträckande sig så pass långt bakåt som under centralgyri, var oväntadt. Det förklarar emellertid delvis ganska bra symptomen; paralyserna voro mest utpräglade å vänster sida, såsom nyss nämndes, och äro naturligtvis uttryck för ett tryck af den vänstersidiga frontaltumören. Endast ifråga om den neuroparalytiska keratiten å båda ögonen torde man kunna ställa sig tveksam i detta hänseende. En dylik keratit kan ju uppkomma på två sätt: dels på grund af en facialisparalys med pares af öfre grenen, till följd hvaraf ögonlocken ej kunna slutas och ögonen därför lätt utsättas för yttre skador, isynnerhet farliga, om samtidigt en anesthesi af ögats bindehinna finnes som i föreliggande fall; dels på grund af förändringar i n. trigeminus och dess ganglion. Förstnämnda möjlighet synes man mig dock kunna utesluta i fallet, då facialisparens å högra sidan var af typisk central natur, d. v. s. öfre grenen var oskadad, och å vänster sida ej någon pares utbildades; under sådana förhållanden uppstår ej gerna, äfven om konjunktiva är anestetisk, en dylik process. Sistnämnda omständighet pekar snarare hän på, att orsaken till den dubbelsidiga keratiten är att söka i en trigeminuslesion. I fråga om den å vänstra ögat uppträdande kan man äfven i fallet antaga en tryckverkan från tumören i vänstra frontalloben, äfven om ganglion Gasseri vid sektionen ej visade någon anmärkningsvärd förändring i fråga om form och utseende; svårare blir det, att antaga en liknande tryckverkan å det högra gangliet som orsak till keratiten å motsvarande sidas öga. Möjligtvis har en neurit utbildats i båda trigemini, men då bitar af

dem ej tillvaratogs vid sektionen, har undersökning ej kunnat göras i detta hänseende.

I detta fall funnos dessutom tvänne symptom, som saknades i det förra, men som uppgifvas ibland förekomna vid lesioner af frontalloben. Vi funno nämligen en antydning till den af BRUNS beskrifna ataxien, i det patientens gång var något osäker; utprägladt var detta symptom dock icke. Äfven den psykiska förändringen var rätt betydlig och inträdde snart nog, särskildt var minnet mycket nedsatt, och en egendomlig långsamhet i patientens tal och svar gjorde sig rätt mycket gällande; karaktärsförändring förefanns däremot icke.

Den omnämnda bradylalien var för öfrigt det enda symptom, som fanns såsom uttryck för en inverkan på de närbelägna språkcentra; detta är onekligen anmärkningsvärdt, då tumörens utsträckning, som af sektionen framgår, var rätt betydlig; äfven frånvaron af alla retnings- (om man ej dit vill räkna den sista tiden uppträdande rigiditeten i båda benen) och förlammings-symptom från extremiteterna är anmärkningsvärdt nog, isynnerhet om man jämför föreliggande fall med det nyss beskrifna; förklaringen härtill finnes kanske i tumörens relativt långsamma utveckling. Hvad reflexerna beträffar, så var i föreliggande fall mot slutet vänstra patellarreflexen starkare än den å högra benet framkallade.

3) D. E. P., 34 år, ogift qvinna. Intagen  $\frac{7}{8}$  94, utskrifven  $\frac{28}{3}$  95, död i hemmet i April 1895.

*Anamnes.* Patienten, hvars fader är död i obekant sjukdom och hvars moder lefver och är frisk, var själf frisk till sitt 17:de år, då hon fick en ögonaffektion, efter hvilken fläckar kvarstå i cornea. Inga sår för öfrigt och eljest frisk, tills för ett par år sedan, då hon började besväras af smärtor och värk i maggropen samt anfall af svimning, som dock snart gingo öfver. För 2 år sedan hade patienten å underbenet ett sår, som endast läktes mycket långsamt och kvarlemnade ett brunt ärr. För sin magåkomma vårdades hon här från  $\frac{3}{4}$ — $\frac{19}{4}$  1894 under diagnos: catarrhus ventriculi chron. med symptom af ömhet i maggropen, uppstötning af surt slem, men inga kräkningar. För öfrigt visade hon inga symptom från nervsystemet; ett par gånger hade hon emellertid anfall af svimning med medvetlöshet, kräkningar och kallsvett, anfall, som dock snart gingo öfver.

Efter utskrifningen hade hon flere svåra anfall af svimning, hvarvid hon föll omkull, dock utan att fullt förlora medvetandet.

Anfallen gingo dock snart öfver. Hon skall emellertid ungefär 14 dagar efter utskrifningen en kortare tid hafva haft hufvudvärk, och samtidigt skall ansiktets högra halfva hafva varit lam under ett par veckors tid. Synen hade samtidigt försämrats; efter ett svårt svimningsanfall för en månad sedan med medvetlöshet under flere timmar blef synen ännu sämre, ehuru den efter kort tid åter förbättrades. Anfallen upprepades därefter med olika långa mellantider, och för hvarje sådant blef synen allt sämre, ehuru väl inom kort någon ringa förbättring inträdde; till slut kunde hon ej läsa något längre. Aldrig födt barn eller haft utslag å kroppen.

*Status vid inkomsten:* Patienten är af medellängd, af ordinär kroppsbyggnad och godt hull. Intelligensen är fullt fri, hudfärgen blek, ögonens uttryck obestämdt. Matlusten är dålig, afföringen något trög. Puls jämn, kraftig, temperaturen normal. Urinen är fri från ägghvita.

Patienten besväras af stundom påkommande yrsel jämte kräkningar och starka qväljningar, men lider ej af hufvudvärk eller smärtor.

Objektift visar gången ingen särskild typ, men är osäker på grund af den höggradigt nedsatta synen; ingen ataxi eller muskelrigiditet, ingen förlamning af extremiteterna. Sensibiliteten å bål och extremiteter är öfverallt fullt normal. Å vänstra underbenets framsida finnes ett 2-örestort, rödbrunt ärr.

Patellarreflexerna äro starka.

I corneæ finnas spridda fläckar. Synförmågan är nästan försvunnen, hon kan ej räkna fingrarnes antal framför ögonen. Från ögonbottnarne anmärkes, att högra papillen är något diffus med något svällda vener, typisk staspapill finnes dock icke; å vänstra ögat, där undersökningen försvåras af tätare kornealfläckar, tyckas kärnen vara afbrutna af exsudatmassor (chorioiditis?), papillens förhållande svårt att bestämma. Ögonrörelserna äro fullt fria, ingen nystagmus. I pannan tyckes sensibiliteten vara något nedsatt å högra hälften, eljest är sensibiliteten i ansiktet normal. Patienten klagar öfver en känsla af stelhet i munnen, men objektift kan ingen pares af facialis konstateras. Hörseln är normal. Tungan devierar något åt vänster.

*Daganteckningar:* <sup>12/s.</sup> Under nattens lopp kräkningar och svimningsanfall.

<sup>19/s.</sup> Under natten häftiga oartikulerade skrik, svår hufvudvärk, kräkning, kallsvett utan cyanos, men med stark blekhet. På morgonen var patienten fullt redig, hade ännu lindrig hufvudvärk; vänstra mungipan stod något lägre än den högra, men kunde dock röras fritt. Ögonbottnarne oförändrade.

<sup>21/s.</sup> Svår hufvudvärk och kräkningar. Puls 80, jämn.

<sup>22</sup>/s. Stark hufvudvärk, anfallsvis svårare. Ryckningar af hufvudet bakåt. Lindrig exoftalmos tyckes förefinnas å bägge sidor, möjligen mer å den vänstra. Ögonens tonus något ökad. Lindrig vänstersidig facialis pares. Förmågan att urskilja nålstygn i ansiktet tyckes vara nedsatt utom å pannan och tinningen. Å extremiteterna är sensibiliteten fullt normal. Ögonrörelserna visa fortfarande intet abnormt. Lukten tyckes vara nedsatt i vänstra näshalfvan.

<sup>1</sup>/9. Kräkningar under dagens lopp, mot aftonen bättre.

<sup>3</sup>/9. Exoftalmosen å vänstra ögat tydligare. Ringa vänstersidig abducens pares.

<sup>11</sup>/9. Känsla af styfhet i högra ögat; känner smärta, då hon sluter detsamma. Klagar öfver en egendomlig känsla af domning i näsan. Sensibiliteten i ansiktet i dag fullt normal.

<sup>15</sup>/9. Patienten, hvars allmäntillstånd numera betydligt förbättrats, förhåller sig lugn och har på senare tider ej plågas af anfall. Hon känner sig nu mycket starkare och har god matlust. Sömnen störes ibland af hemska drömmar, hvarunder hon uppger höga skrik. Om dagen ser hon ibland mångfärgade stjärnor tindra, detta oftast, när någon plötsligen närmar sig hennes säng. Intelligenzen är fullt fri, lynnet godt. Minnet har på sista tiden betydligt försämrats. Stundtals plågas hon af svår hufvudvärk, mest i bakhufvudet och vid tinningarne, ibland känner hon sig mycket tung och matt i hufvudet och har stundom qvälningar samt plågas af stark törst. Lukten är nedsatt, mest på högra sidan, där den nästan saknas. Hon känner en viss domning i näsan, men sensibiliteten där är orubbad. För 3 veckor sedan säger hon sig helt plötsligt hafva återfått sin syn för en kort stund, hvarunder hon såg och kunde beskrifva sin säng och andra saker i rummet, men nu är hon alldeles blind. Intraokulära trycket är betydligt ökad. Exoftalmos af båda ögonen. Små bakre synekier i båda ögonen, pupillerna vidgade, kornealreflexen för ljus upphäfd; högra ögats papill har gråaktig färg och suddiga gränser utan exkavation, kärlen äro smalare än normalt, särskildt venerna. Vänstra ögats papill är blek, svår att skilja från den öfriga ögonbotten på grund af maculæ i cornea. Ögonrörelserna äro normala, lindrig nystagmus finnes, tydligast å vänstra ögat. Patienten känner smärta i ögonen, då hon blundar. En viss analgesi tyckes förefinnas i ansiktet, öfriga känselkvaliteter äro orubbade. Ingen sensibilitetsrubbing af conjunctivæ eller å munnens slemhinna. Oaktadt tårsekretionen tyckes vara normal, klagar patienten öfver torrhet i ögonen, hvarför hon beständigt blinkar; likaledes tycker hon, att munnen och tungan kännas torra. En lindrig vänstersidig facialis pares förefinnes, i det vänstra mungipan står lägre,



buccan köres ut vid försök att blåsa, och vänstra naso-labialvecket är mindre markeradt än det högra; äfven slutes vänstra ögonlocket svagare än det högra. På tungbasen är uppfattningen af beskt och surt bra, af sött och salt dålig, på tungspetsen känner hon salt som surt, men öfriga smakqualiteter uppfattar hon normalt. Sväljningen är obehindrad, men vid framsträckning devierar tungan åt vänster; lindriga fibrillära ryckningar i densamma, men ingen atrofi. Ingenstädes i ansiktet några tecken till retning i form af ryckningar, ingen ökad reflexretbarhet därstädes, inga »Mitbewegungen».

Extremiteterna i alla hänseenden fullt normala. Hud- och patellarreflexerna tyckas vara något förstärkta. Ingen dorsalklonus.

Från inre organ intet att anmärka. Urinen normal. Ingen nackstelhet. Kotpelaren normal.

<sup>17/9.</sup> Patienten har ånyo besvärats af qväljningar och får upp surt vatten. I dag förefinnes en betydlig rigiditet i benen, isynnerhet det högra, hvarför patellarreflexerna äro svåra att få fram.

<sup>14/10.</sup> Patienten skriker häftigt till allt som oftast om nätterna, men tyckes ej ega någon vetskap därom. Äfven om dagarne kan detta skrik förekomma; medan hon sitter och äter, uppger hon plötsligt ett häftigt sådant och klagar öfver hufvudvärk. Upprepade kräkningar.

<sup>17/10.</sup> De 2 sista dagarne fri från skrik och hufvudvärk.

<sup>18/10.</sup> Åter svår hufvudvärk med skrik, i dag ett epileptiformt anfall med medvetlöshet och ryckningar i vänstra sidan. Före anfallt hade hon smärtor i vänstra sidan af buken och maggropen samt qväljningar.

<sup>19/10.</sup> Ett nytt epileptiformt anfall under natten med ryckningar i ansiktet; ögonen rördes uppåt; patienten var dock ej medvetlös, inga skrik denna gång; stor ömhet å hufvudet, isynnerhet å dess vänstra halfva.

<sup>28/10.</sup> Tillståndet har varit rätt godt tills för ett par dagar sedan, då hon började lida af nackstyfhet efter att hafva fått ett anfall med skrik. Efter detta slöare, dagliga ryckningar bakåt af hufvudet med darning af händerna. I dag tydligt KERNIGS fenomen.

<sup>29/10.</sup> Har i natt gått upp utan att veta därom samt därvid fallit och slagit hufvudet. Vet ej, åt hvad håll hon fallit.

<sup>19/12.</sup> Tillståndet oförändradt. Klagar öfver hufvudvärk, mest om morgnarne och förmiddagarne.

<sup>8/2.</sup> Tillståndet under sista tiden än bättre än sämre. Inga särskilda symptom. I dag tydlig nystagmus.

<sup>10/2.</sup> Utprägladt atrofiska papiller.

<sup>18/2.</sup> Anestesi i högra ögonlocket samt i högra trigeminus' utbredningsområde.

<sup>19</sup>/<sub>2</sub>. Svår hufvudvärk. Ryckningar bakåt af hufvudet, häftiga skrik.

<sup>28</sup>/<sub>3</sub>. Patienten utskrifves i dag. Tillståndet oförändradt. Inga pareser af extremiteterna eller nya hjärnnervsymptom. *Behandling.* Jodkali 3 gm. de die — Ung. hydrargyr. 4 gm. — Antipyrin. —

Kort tid efter utskrifningen afled patienten.

*Sektionen* (endast kraniet öppnades). Duran spänd, dess insida glatt och glänsande. Pia cerebri måttligt blodfylld. Gyri därunder bleka, platta, sulci nästan utplånade, isynnerhet å högra hemisferen. Hjärnbasens hinnor utan anmärkning. Å högra frontalloben framträder, motsvarande bakre hälften af 3:dje frontalvindel, en grågelatinös tumörmassa, som därifrån griper öfver på främsta delen af gyrus temporalis I och II. Trakten däröfvanför, motsvarande mellersta delen af gyrus frontalis secundus kännes mjuk och är till färgen något gulare än den öfriga hjärntan. På högra hemisferens insida framträder, motsvarande innersta mellersta delen af gyrus frontalis primus och närliggande del af gyrus cinguli en grågelatinös tumörmassa, som tyckes stå i omedelbar förbindelse genom hela hjärnmassan med den å yttre sidan befintliga. Tumörens främre gräns sträcker sig kilformigt fram till omkring 4 ctm. från frontallobens spets och når bakåt ej under centralvindlarne. Vid insnitt befinnes tumörens största massa utgöras af en grågelatinös väfnad med talrika blodkärl, omväxlande med något opakare partier. Dess innersta parti åter visar på ett valnötstort område en ostig, gulaktig, fast massa med insprängda grågelatinösa fläckar. Tumören är ej skarpt begränsad mot omgifvande hjärnmassa, som i trakten af 2:dra frontalvindel är uppmjukad, lös, mörjig. Å ett tvärsnitt, motsvarande främre ändan af temporalloben, är tumören fastast. Här finnas hvitare, fasta öar insprängda. Omgifvande hjärnsubstans är äfven här gulaktig, uppmjukad. Bägge occipitalloberna möjligen något mindre än normalt, i deras byggnad kan dock makroskopiskt intet abnormt upptäckas. Bägge tractus olfactorii och båda nervi optici samt chiasma förefalla att vara tillplattade. Vänstra hemisferen normal. Sektionen kunde ej göras så pass tidigt, att en härdning med utsikt till framgång kunde försökas.

Ett fall, som i flere hänseenden påminner om det förra och i hvilket likaledes symptomen mest tydde på en basal affär. Vi finna i fallet, huru patienten, som länge lidit af svimningsanfall, några månader före intagandet efter ett sådant fick hufvudvärk och en hög ersidig facialispares under några veckor, hvarjämte synen sedan dess kontinuerligt försämrades. Objektif

konstaterades därefter staspapill, nedsättning af sensibiliteten för en kort tid i h. n. supraorbitalis' utbredningsområde, deviation af tungan åt vänster och känsla af styfhet i munnen utan objektif konstaterbar pares. Sedan utvecklades under upprepade svimningsanfall, ibland åtföljda af svår hufvudvärk, en vänstersidig facialispares, nedsättning af sensibiliteten i h. n. trigeminus' nedre grenars utbredningsområde, lindrig exoftalmos, ryckningar bakåt af hufvudet, en vänstersidig abducensparalys, en känsla af domning i näsan, medan samtidigt sensibiliteten återkommit i h. ansikthalfvan; därefter nedsättning af lukten å h. n. äshalfvan, analgesi i hela ansiktet, pares af äfven öfre facialisgrenen å v. sida, nedsatt smak å tungbasen, allt utan symptom i extremiteterna. I dessa uppträdde först mot slutet ryckningar å v. sida och en viss rigiditet, vidare nackstyfhet, bakåtdragning af hufvudet, utprägladt Kernigs fenomen samt slutligen anestesi af h. trigeminus' konjunktivala grenar jämte stark atrofi a papillerna.

Det är således uteslutande hjärnnervförämningar, vi i fallet hafva att göra med, jämte mot slutet retningssymptom från v. sidans extremiteter. Egendomligt för dessa pareser var deras varierande uppträdande, i det att i samma nerv en gång konstaterades en rubbning, som en annan gång var försvunnen, och dessa pareser uppträdde än å den ena än å den andra sidan. Under sådana förhållanden syntes mig antagandet af en basal process vara den sannolikaste. Denna uppfattning styrktes af uppträdandet af ryckningar i nacken och rigiditet därstädes, af det Kernigska fenomenet och af den omständigheten, att ej blott nedre, utan äfven den öfre facialisgrenen å v. sidan var intresserad samt till en viss grad äfven af den uppträdande exoftalmosen. Denna basala process syntes mig sannolikast vara af syfilitisk natur. Just för denna är karakteristisk den betydliga växling, som förefanns i symptomen från samma nerv vid olika tillfällen, samt att nerverna voro i mycket olika grad angripna; det svårläkta ärret å ena underbenets framsida samt den parenkymatösa keratiten, patienten lidit af, kunde endast stödja en sådan uppfattning. När denna syfilis hade aqvirerats, därom upplyste dock icke anamnesen; att antaga en hereditär sådan i fallet syntes mig knappast vara berättigadt.

Fyndet af en tumör i högra frontalloben var därför äfven här övöntadt, och jag betviflar, att annan diagnos kunnat ställas i fallet. Det var visserligen anmärkningsvärdt, att symptomen mot slutet uppträdde öfvervägande i vänster sida, men, såsom nämnts, dylika variationer i fråga om fördelningen af de angripna nerverna äro ej ovanliga vid gummösa basala processer.

Symptomen förklaras emellertid till största delen rätt tillfredsställande af fyndet. Så kunna tungans deviation åt vänster, den vänstersidiga facialisparalysen, ryckningarne i den vänstra sidan vara ett direkt uttryck för tumörens inverkan å närgränsande motoriska centra, medan åter trigeminusanestesien och nedsättningen af lukten å högra näshalfvan måste anses bero på tryckverkan från tumören. Däremot äro ett par af symptomen ej lätta att förklara, så förlamningen af äfven öfre facialisgrenen å vänstra sidan; fallet står dock i detta hänseende ej enstaka, i det i åtminstone ett fall af MILLS<sup>1)</sup> en total vänstersidig facialisparalys fanns jämte högersidig ptosis vid en tumör i högra andra frontalvindeln. Äfven paresen af vänster n. abducens är svår att förstå, om man betänker, att de tryckhärden mycket närmare liggande ögonnerverna å höger sida, hvilka man i första rummet borde kunnat vänta vara afficierade, ej visade några rubbningar, såvida man ej såsom uttryck härför vill räkna den under lifvet observerade nystagmus. En liknande egendomlig fördelning har jag dock funnit omnämnd i ett fall af GRIFFITH och SHELDON<sup>2)</sup>, i hvilket utom en vänstersidig hemiplegi fanns högersidig döfhet, anosmi å högra näshalfvan samt en pares af v. n. abducens, beroende på en tumörbildning på undre sidan af båda frontalloberna; men här var tumörbildningen dubbelsidig, och fallet visar endast, huru växlande trycket kan göra sig gällande å olika nerver, oaktadt, som det tyckes, andra äro lika utsatta för detsamma som de angripna. Sannolikt är abducensförlamningen i mitt fall en följd af ett egendomligt förlopp af abducensnerven, hvarigenom den mer än andra var utsatt för påverkan vid allmänt ökad hjärn-

1) Two cases of brain tumor. Journ. of nerv. and mental diseases 1887 N:o 11 och 12. Ref. i Centralbl. f. kl. Med. 1888 s. 566.

2) Tumor of the frontal lobe. Journ. of nerv. and mental diseases. 1890. Ref. i Neurol Centralbl. 1890 s. 627.

tryck; någon direkt tryckverkan kan nämligen ej gärna hafva egt rum i fallet. Växlingarne i fråga om anestesiens fördelning i trigeminusområdet torde äfven förtjäna påpekas och framhållas; först var endast öfre grenen å högra sidan angripen, sedan nedre grenen, slutligen båda trigemini i hela deras utbredning.

Hvad öfriga symptom beträffar, så var det särskildt nackhufvudvärken, ryckningarne af hufvudet bakåt och styfheten i nackens muskler som tillsammans med så godt som uteslutande från hjärnnerverna uppträdande symptom syntes mig tala för en basal affär. En dylik symptombild från nacken finner man emellertid någon gång omnämnd vid tumörer i frontalloberna och skulle finna sin förklaring i den af flere författare hyllade åsikten, att i frontalloberna finnas centra för nack- och bålmuskulerna, genom hvilka centras retning dylika symptom framkallas. För att blott nämna några fall finnes nackstyfhet omnämnd i fall af ALEXANDER<sup>1)</sup>, i hvilket dock tumören satt något längre bakåt, af A. FRÄNKEL<sup>2)</sup>, i hvilket vid en blödning öfver 2:dra och 3:dje frontalvindeln bakre delar höggradig nackstyfhet fanns, samt i det nyss nämnda fallet af GRIFFITH och SHELDON, i hvilket utom nackhufvudvärk äfven ett utprägladt Kernigs fenomen anträffades; i sistnämnda fall satt dock tumören å undre ytan af frontalloben. Andra liknande fall finnas omnämnda i OPPENHEIMS förut citerade monografi öfver hjärntumörerna.

Någon ataxi var ej förhanden; osäkerheten i fallet förklaras tillräckligt af patientens blindhet.

Granska vi slutligen de här anförda 3 fallen af tumörer i frontalloben med afseende på deras psykiska förhållande, finna vi intet egentligen anmärkningsvärdt. En hel rad författare hafva velat förlägga de psykiska funktionernas centrum till denna lob, och nekas kan ej, att relativt ofta äfven psykiska förändringar anträffas vid lesioner här. Frånsedt den allmänna slöheten, som beror på själfva trycket, och den därigenom rubbade hjärnverksamheten, har ej sällan beskrifvits dels en hastigare än vanligt inträdande slöhet dels en verklig psykisk förändring;

1) Ein Fall von gummöser Geschwulst der Hirnrinde. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884 n:o. 22 Ref. i Neurol. Centralbl. 1885, s. 60.

2) Zur Lehre von der Hirnrindenlokalisation. Charité-Annalen 1886. s. 190.

från att vara af ett jämt och lugnt lynne hafva patienterna blifvit grålsjuka, vankelmodiga, kritiklösa eller börjat lida af s. k. »Moria», en benägenhet att vitza, medan patienterna för öfrigt i intellektuellt hänseende äro ytterst slöa. (JASTROWITZ<sup>1</sup>). Äfven psykoser hafva observerats af olika form. Af allt detta finnes emellertid i mina tre fall intet. Endast i 2:dra fallet blef patienten hastigt slö, men af karaktärsförändring finnes intet spår. Särskildt i det tredje fallet var patienten nästan ända till slutet i alla hänseenden intellektuellt normal; hon gaf rediga svar, hennes lynne var hela tiden jämt, fastän hon naturligtvis tidtals var något deprimerad på grund af de våldsamma smärtorna. Fallen synas mig därför tala för, att dylika psykiska förändringar ej äro karakteristiska eller åtminstone ej konstanta vid tumörer i frontalloben, en åsikt, som för öfrigt både OPPENHEIM och BRUNS<sup>2</sup>) förfäktat.

#### b) Tumörer i närheten af centralvindlarne.

4) A. T. B. 38-årig hustru. Int. <sup>21</sup>/<sub>3</sub> 94, utskr. frisk <sup>2</sup>/<sub>5</sub> 94.

*Anamnes:* Patienten, i hvars släkt intet hereditärt nervöst anlag kan påvisas, har födt 4 barn, af hvilka det sista var dödfödt, de öfriga friska; ingen abort och inga symptom af syfilis. Hon har flera gånger blifvit misshandlad af sin man och erhållit slag i hufvudet. En sådan misshandling anger hon såsom orsak till den totala förlust af hörseln, som inträffade för 2 år sedan. För ungefär 5 månader sedan började hon märka, att den högra armen blef svagare än den vänstra, så att hon tappade saker, som hon höll med densamma. Denna svaghet tilltog alltmera och öfvergick så småningom till fullständig lamhet. Något senare inställde sig äfven svaghet i högra benet, hvilken äfvenledes öfvergick till fullständig lamhet, så att hon ej kunde stödja på benet. Under hela denna tid besvärades hon af intensiv hufvudvärk, som hon dock ej kunde lokalisera, vidare af svindel, men ej af kräkningar. Om någon starkare misshandling förekommit omedelbart före uppträdandet af dessa symptom, kan hon ej angifva. Aldrig hallucinationer, aldrig ryckningar i extremiteterna.

*Status præsens* <sup>30</sup>/<sub>3</sub> 94. Patienten är af klen kroppsbyggnad med reduceradt hull. Uppfattning och omdöme goda. På till-

1) Beiträge zur Localisation im Grosshirn und deren praktische Verwerthung. Leipzig 1888.

2) Encyclopädieh. Jahrb. V. Artikel Gehirntumoren.

tal svarar hon långsamt och liksom tvekande, men ingen art af afasi förefinnes. Matlusten är måttlig, afföringen regelbunden, puls regelbunden, af normal frekvens; temperaturen, med undantag af en qvällsstegring till  $38^{\circ}$ , normal hela tiden. Urinen fri från ägghvita och socker. Synförmågan är något nedsatt, hemianopsi finnes ej, men utpräglad staspapill. Ögats rörelser äro normala; högra pupillen något mindre än den vänstra, reagerar dock för ljus och ackommodation. Smak och lukt normala. Någon slapphet i högra ansiktshalvan, uvulan devierar något åt vänster, gombågarne stå lika. Fullständig döfhed å båda öronen, trumhinnorna synas tjocka och ogenomskinliga, inga märken efter förutgången perforation. Tungan är något atrofisk, devierar obetydligt åt höger. Sensibiliteten i ansiktet och å hela kroppen fullt normal. Högra armen är betydligt svagare än den vänstra, muskulaturen är klen utvecklad, ingenstädes tydlig atrofi. Äfven högra benet något paretiskt, vid gång kan hon ej lyfta foten, utan densamma släpar å marken. Inga koordinationsrubbnings-, inga ryckningar. Patellar- och plantarreflexerna äro något förstärkta, kubitalreflexen normal. Från inre organ intet att anmärka.

Under behandling med jodkalium och salicylqvicksilfverinjektioner inträdde förbättring hastigt, så att den

$\frac{9}{4}$  staspapillen på högra ögat var förminskad, ehuru gränserna ännu voro något suddiga på temporalsidan och venerna ännu ansvällda, och den

$\frac{1}{5}$  staspapillen var försvunnen, gränserna å papillen och kärnen normala. Patienten klagade ännu öfver yrsel, men var för öfrigt fullt återställd, med undantag af att hörseln fortfarande var totalt borta.

Fallet erbjöd i diagnostiskt hänseende ej så stora svårigheter. Processen hade utbildats småningom under intensiv hufvudvärk af obestämd lokalisation och yrsel, men utan kräkningar och hade ledt till en hög ersidig paralys; intelligensen var ej väsentligt omtöcknad, afasi saknades, men talet var något trögt; däremot fanns utpräglad staspapill. Ett gumma cerebri eller en abscess voro de enda egentliga möjligheter, man kunde tänka på. Symptom till syfilis kunde ej upptäckas, men hon hade för några år sedan födt ett dött foster, och hennes man förde ett mycket oregebundet lefnadssätt; möjligheten af en sådan kunde därför ej uteslutas. Å andra sidan kunde man dock tänka sig möjligheten af en abscessbildning på grund af de svåra misshandlingar,

hon varit utsatt för. Förloppet visade afgjordt hän på en syfilitisk process, i det under specifik behandling en hastig restitutio ad integrum inträdde. Frågan är blott, om här förelåg en gummatös process i meningerna eller en intracerebral affär, den senare långt sällsyntare än den förra. Sannolikheten för en sådan af senare slaget synes mig vara öfvervägande. Frånsedt staspapillens uppträdande, som visserligen kan förekomma vid gummatös meningit, men dock är relativt sällsynt vid en sådan, saknas ett symptom, som man vid en dylik process borde kunnat vänta sig, nämligen de epileptiforma ryckningarne i den paretiska sidan. Skall nämligen en dylik gummatös meningit kunna förklara processen, måste den sitta öfver de motoriska centra, och retningsymptom torde i ty fall ej hafva uteblifvit; till en viss grad talade frånvaron af all tryckömhet äfven mot ett sådant antagande. Sannolikheten för ett gummatös process i själfva hjärnsubstansen synes mig därför vara störst.

Svårare blir att afgöra, hvar denna suttit. Med största sannolikhet kan man utesluta möjligheten af dess säte i själfva den motoriska banan till följd af den fullständiga restitution, som inträdde och som man ej torde kunnat vänta, om banan varit afbruten under sitt förlopp. Vidare torde man kunna säga, att processen ej suttit i närheten af barken, utan sannolikt in i den hvita substansen på grund af frånvaron af alla retningsymptom från barken. Å andra sidan kan man dock säga, att processen ej kunnat sitta, där de motoriska banorna trängts ihop, såsom i capsula interna eller längre ner, på grund af den successiva utbildningen af processen, i det först armen, sedan långt senare benet samt sist och minst ansiktet blifvit paretiska. Sannolikt har därför processen suttit i den hvita substansen, närmare barken än capsula interna; men hvar här är svårt att afgöra. Både vid säte i frontalloben och parietalloben kan en dylik tumör framkalla liknande symptom. Den relativt väl bibehållna intelligensen kunde möjligen tala för, att tumören ej var att söka i frontalloben, då man, såsom jag förut nämnt, relativt ofta vid säte här finner en betydlig grad af slöhet utbildas inom ganska kort tid, men att bestämdt afgöra frågan låter sig ej i fallet göra.



5) B. W. 46-årig bokhandlare. Int. d.  $20/1$  94, utskr. till kirurg. afd. d.  $7/4$  94, ånyo int.  $14/7$  94, död  $18/7$  94<sup>1)</sup>.

Patienten, i hvars släkt intet hereditärt anlag finnes och som för 20 år sedan haft en mjuk chanker utan vidare symptom, fick plötsligen utan föregående illamående i okt. ett anfall med ryckningar i höger arm och ben, börjande i handen; han föll omkull, men kunde efter en stund gå hem. 10 dagar senare ett nytt liknande anfall utan förlust af medvetandet. Han var därefter frisk utan hufvudvärk, ryckningar, yrsel eller tecken till svaghet i någon sida till den 19 jan, då han ånyo fick 2 liknande anfall med ryckningar; sista gången var han medvetlös ett par timmar.

Vid inkomsten konstaterades orubbad intelligens, frånvaro af hufvudvärk, qvålningar och yrsel, lindrig pares af h. arm och ehuru mindre af högra benet, pares af nedre högra facialisområdet och deviation af tungan åt höger. Ingen ataxi, sensibilitet normal, patellarreflexerna starka, isynnerhet å högra benet. Småningom ökades paresen, rigiditet tillstötte i benet med dorsalklonus; upprepade anfall med ryckningar i höger arm och ben samt högra facialisgebitet, börjande med krypningar och ryckningar i höger hand, tillstötte, och slutligen utbildades fullständig paralyt af de högra extremiteterna och pares af högra facialisgebitets nedre gren och hypoglossus. Staspapill fanns icke i februari, utan konstaterades utpräglad först i början af april. Mot slutet af vistelsen blef patienten allt slöare, fick våldsamma kräkningar och yrsel.

Patienten öfversändes till kirurg. afd., och trepanation utfördes öfver midten af centralgyri, men utan att en tumörbildning anträffades. En stor hjärnprolaps kvarstod emellertid, och under första tiden efter operationen minskades staspapillen samt var en kortare tid nästan försvunnen, men småningom försämrades tillståndet ånyo, och patienten afled.

Sektionen visade en tumörbildning, som delvis låg i det prolaberade hjärnpartiet, skild från ytan genom en  $1/2$  cm. bred förändrad hjärnmassa. Tumörbildningen sträckte sig på inre ytan ända bort till fissura occipitalis och intog en stor del af centrum semiovale. Mikroskopiskt var tumören ett sarcoma globocellulare.

### c) Tumör i occipitalloben.

6) C. G. 55 år, f. d. handlande. Int.  $23/3$  94, död  $16/6$  94.

Anamnes: Föräldrarne voro friska. En halfbroder (moder gemensam) vårdades under 2 månader på hospital och utskrefs

1) Fallet är förut utförligt offentliggjordt i Göteb. Läkaresällsk. förh. för 1895, hvarför här endast meddelas en kort resumé af sjukhistorien och sektionensfyndet.

därifrån frisk samt har sedan dess förblifvit frisk (under 12 års tid). Pat. har ej haft någon af de vanliga barnsjukdomarne. Han har i allmänhet varit frisk och stark. För 25 år sedan hade han ett ulcus venereum med efterföljande bubo inguinalis, men utslag eller andra tecken till lues hafva aldrig sedan uppträdt; han har ej heller undergått någon specifik behandling. Patienten har varit gift tvänne gånger; första gången för 23 år sedan, och hans hustru fick då först 2:ne missfall, därefter tvänne friska barn. Med hustrun i 2:dra giftet har han 3 friska barn. Patienten har missbrukat spirituosa. Under de sista 7 åren stora ekonomiska bekymmer, därförut lynnet i allmänhet godt. Han var frisk tills för 1 1/2 år sedan. Utan frossbrytningar eller hufvudvärk började han då besväras af allmän mattighet och kraftlöshet samt en höggradig darrning af händer och armar. Han hade dock redan förut under c:a 1 års tid någon enda gång känt, som om hela vänstra sidan, isynnerhet armen, domnade bort, så att känseln där försvann och rörligheten minskades. Ungefär 6 veckor före intagandet observerade han under ett par dagar, hurusom personer, som passerade å hans vänstra sida, föreföllo att vara dubbla. Efter ett par dagar försvann denna diplopi, men i stället uppträdde snart i vänstra synfältshalvan mörka fläckar; han beskriver dem så, att, då han passerade längs en ledstång, denna å vänster sida tycktes honom liksom afbruten å flera ställen. Småningom tilltogo dessa mörka fläckar i utsträckning, och 2 veckor före intagandet var hela vänstra synfältet fullständigt mörkt. Dessutom observerade han 4 veckor före intagandet under c:a 10 minuters tid, att alla föremål blefvo liksom mindre och mera aflägsne, ungefär som då man ser i en omvänd kikare. Detta fenomen har dock ej sedan upprepats. Ungefär 3 veckor före inkomsten började han besväras af en svår hufvudvärk samt värk och styfhet i nacken, hvilka symptom sedan alltjämt fortfarit. Hufvudvärken var lokaliserad till bak-hufvudet, hvarifrån smärtorna strålade upp åt hjässan och fram mot tinningarne. Den uppträdde anfallsvis under nätterna och varade i allmänhet några timmar. Patienten påstår, »att hufvudvärken uppträdt, efter det en rådfrågad ögonläkare ordinerat jodkalium». Han hade aldrig smärtor i ögonen, aldrig kräknin-gar eller ryckningar i armar eller ben, han besvärades ej af yrsel; intelligensen var alltid orubbad. Gången tycktes ej hafva försämrats. Då hufvudvärken blef allt värre och tvingade honom att intaga sängen, sökte han inträde å sjukhuset.

Vid inkomsten var patienten fullt redig och gaf bestämda svar. Han var mager, matlusten måttlig, afföringen något trög. Puls och temperatur voro normala. Urinen utan anmärkning.

Patienten klagade endast öfver den svåra hufvudvärken, som förhöll sig såsom i anamnesen nämnts och ej åtföljdes af kräkningar. Ingen yrsel.

Objektift fanns intet abnormt att anmärka från kranialnerverna med undantag för n. opticus. Det konstaterades nämligen, att en fullständig vänstersidig hemianopsi förefanns. Pupillerna voro emellertid lika stora, rörliga, hemiopisk pupillreaktion fanns ej. Vid oftalmoskopisk undersökning syntes papillgränserna vara skarpa, papillen ej frambuktad, möjligen tycktes venerna vara något utvidgade.

Gången visade intet särskildt anmärkningsvärdt, muskelkraften var något nedsatt, muskelatrofier funnos dock ej. Sensibiliteten var normal. Patellarreflexerna voro tydliga, ej tydligt förstärkta. Hudreflexerna utan anmärkning. Blås- och rektalreflex normala

Småningom försämrades dock tillståndet. Hufvudvärken kvarstod, patienten blef mera slö, i början af april konstaterades taspapill, gången blef osäker.

*Status d. 7 april 1894.* Patienten öfver medellängd med betydligt reduceradt hull och muskulatur. Huden å buken mycket slapp, liggande i grofva veck. Inga ärr i huden någonstades. Ansiktsuttrycket lugnt, intelligensen nedsatt. Patienten behöver lång tid för att uppfatta, hvad man säger till honom, och har svårt för att redogöra för, hvad han vill. Minnet är betydligt förslöadt. Matlust dålig, afföring trög, urin utan anmärkning. Puls regelbunden, god, omkring 80, obetydlig arterioskleros i art. radialis.

Patienten klagar öfver den svåra hufvudvärken, som liksom förr uppträder anfallsvis under nätterna med smärtor, som stråla framåt hjässan och tinningarne från bakhufvudet. Den åtföljes af kräkningar. Ingen utpräglad yrsel. Inga smärtor för öfrigt, men stor svaghetskänsla.

Ögonens rörelser normala. Pupillerna jämförelsevis små, reagera dock för ljus, ingen hemiopisk pupillreaktion. Utpräglad vänstersidig hemianopsi. Vid perimeterundersökning befinnes gränsen för det ljuskänsliga partiet af retina gå skarpt i vertikala medellinien, med en lindrig utbuktning omfattande makulan; synfältet ej väsentligt inskränkt och färgsinnet bibehållet i den seende delen af retina. Från öfriga kranialnerver finnes intet att anmärka. Tungan devierar ej vid utsträckning.

Gången är numera vacklande och osäker, dock ej ataktisk; patienten kan stå med slutna ögon. Däremot förefinnes en tydlig pares af vänstra benet, som är svagare och kan röras mindre än det högra, men äfven högra benets rörelser äro svaga och något osäkra; armarnes rörlighet och kraft, ehuru nedsatta, dock lika å båda sidorna. En betydlig tremor förefinnes i händerna. Ingen muskelatrofi.

Sensibiliteten är betydligt nedsatt utefter hela vänstra sidan. Mest är detta fallet å vänstra benet, isynnerhet underbenet. Här är smärtsinnet alldeles upphäfdt, medan det å öfriga områden endast är nedsatt, minst i ansiktet, där han dock ej kan känna skillnad mellan udd och hufvud af en knappål. Å hela högra sidan är sensibiliteten normal. Ortsinnet är å de ställen af vänster sida, där patienten kan känna något, normalt. Inga parestesier. Muskelsinnet normalt. Patellarreflexerna äro något förstärkta, isynnerhet å vänster ben. Kremasterreflexerna normala. Bukreflexen är svår att iakttaga. Tricepsreflexen tyckes vara förstärkt å båda sidorna. Från inre organ finnes intet att anmärka.

*Daganteckningar.* <sup>16/4.</sup> Högra kinden förefaller vara något ansvalld. Hufvudvärken är oförändrad. Patienten är numera betydligt slöare än förut, visar en utpräglad ligkiltighet för hvad som försiggår omkring honom. Han har i dag på morgonen haft en lindrig kräkning. Matlusten är ytterst dålig, pulsen är god, 88 i minuten, respirationen jämn, 12 i minuten. Patienten är numera så matt, att han hvarken kan gå eller stå. Vänster arm och ben äro tydligt paretiska. Patellarreflex och plantarreflex saknas å vänster ben, på höger sida fortfarande som förut. Conjunctivæ oculi äro något gulfärgade. Exquisit staspapill.

<sup>21/4.</sup> Högra mungipan står i dag något lägre än den vänstra. Gulfärgningen af conjunctivæ kvarstår oförändrad. Patienten är mycket slö.

<sup>29/4.</sup> Paresen i höger facialis har gått tillbaka. Hufvudvärken möjligen något lindrigare de senaste dagarne. Patienten förefaller i dag vara något redigare.

<sup>9/5.</sup> Tillståndet oförändradt.

<sup>15/5.</sup> Ikterus något minskad. Lindrig nystagnus vid fixation rakt fram.

<sup>17/5.</sup> Betydlig pares af vänster arm, som ej längre kan lyftas; fingrarne å densamma kunna dock skiljas åt. Ingen nystagnus.

<sup>20/5.</sup> Vänstra armen nu paralytisk, vänstra benet betydligt paretiskt. Höger arm och ben ej tydligt paretiska, men svaga. Patienten är mycket slö. Påstår sig se allt, hvad man frågar honom om. Objektift framgår emellertid, att han fortfarande lider af total vänstersidig hemianopsi.

Patienten blef sedan allt mera slö, och någon vidare undersökning var därför ej möjlig. Han afled den <sup>16/6.</sup>

*Behandling.* Jodkalium 3 gm. de die. — Inunktioner med Unghydrarg.

*Sektion: Hjärnan:* Hårda hjärnhinnan betydligt förtjockad, något sammanvuxen med kraniet, ogenomskinlig, möjligen något spänd å högra hemisferen, särdeles lifigt blodfylld. Dess insida

något matt och torr. Hjärnvindlarne förefalla att vara något atrofiska, isynnerhet de å vänstra halfvan, och här vissa delar mera än andra; så särskildt 2:dra frontalvindeln, men äfven andra delar af frontalloben. Sulci äro här mycket breda, lillfingertjocka, fyllda af cerebrospinalvätska. På ytan tydliga förändringar. Occipitalloben å högra halfvan intages af en tumör, sittande i dess bakre delar. På tvärsnitt, ungefär 2 cm. framom occipitallobens bakre ända, intager denna tumörbildning så godt som hela tvärsnittet; den skiljes från yttre ytan endast af en ungefärl. 3 mm. bred, makroskopiskt normal barks substans, nedåt af en ungefär 1 $\frac{1}{2}$  cm. tjock hjärnmassa, inåt och uppåt når den till ytan. Snittytan är till större delen gulaktigt grumlig med insprängda dels gelatinösa öar dels blödningar. — 1 cm. längre fram intar den hela tvärsnittets centrum och skiljes öfverallt från ytan utom motsvarande cuneus af en 1 cm. bred, makroskopiskt normal hjärnsubstans. — Ytterligare 1 cm. längre fram intager den delarne nedom fissura calcarina, när nedåt i det närmaste hjärnytan, endast skild från den af en smal skifva grå barks substans, från innerytan skiljes den af en 1 cm. bred hjärnmassa, utåt af en sådan om 2 cm., uppåt når den till ungefär 1 cm. från fissura calcarina utom i dennas yttersta del, där ett kilformigt utskott når till jämnhöjd med fissura calcarina, skild från denna af en ung.  $\frac{1}{2}$  cm. bred barkmassa. — 1 cm. längre fram är bilden densamma, med undantag af att tumörmassan här sträcker sig uppåt i den hvita substansen drygt 1 cm. ofvanför nämnda fissur 2 cm. längre fram intar tumörmassan hela den hvita substansen nedanför, utanför och ofvanför bakre hornet, medan dettas insida är relativt oförändrad, öfverallt skild från ytan af ett 1--2 cm. tjockt lager af normal hjärnsubstans. — 1 cm. längre fram är förhållandet detsamma, och ytterligare 1 cm. längre fram finnes en gulaktig uppmjukning af capsula internas nedre del, sträckande sig in till fissura hippocampis yttre yta, utåt till ungefär 2 cm. från hjärnytan, nedåt med ett klubbformadt utskott till 2 cm. från undre hjärnytan. Tumören är öfverallt skarpt begränsad från omgifvande hjärnväfnad, dess snittyta omväxlande gulhvitt och gelatinöst genomskinlig, halffast. Mikroskopiskt visade sig tumören vara ett gumma.

Hjärta normalt utan anmärkning. I lefvern venös hyperämi, 28 × 19 × 8 cm. Njurar, lungor och mjälte utan anmärkning. Inga luetiska förändringar någonstädes, ringa arterioskleros.

Det första och lång tid ensamt framträdande symptomet, om man undantager den hastigt öfvergående diplopien samt mikropsien, var den homonyma vänstersidiga hemianopsien. På grund däraf kunde man med största sannolikhet antaga en lesion

af synbanan bakom chiasma, och, då härtill kom frånvaro af hemiopisk pupillreaktion, kunde en lesion af tractus opticus uteslutas. Just en sådan långvarig hemianopsi utan andra symptom är karakteristisk för en förändring i en af occipitalloberna; i detta fall skulle alltså en lesion af högra occipitalloben föreligga. Svårförklarligt var i ty fall endast den akuta diplopien, men då denna var af en hastigt öfvergående art och ej återkom, kunde densamma ej gärna antagas bero på en progressiv lesion, utan måste vara af mera tillfällig natur. Densamma kunde därför ej utesluta tanken på en lesion af högra occipitalloben, och det vidare förloppet talade allt bestämdare för en sådan. Småningom utbildades nämligen nackhufvudvärk, nackstyfhet, allt detta utan svårare yrsel och utan kräkningar, symptom, som man kunnat vänta, om lesionen setat i lillhjärnan. Snart nog kunde äfven diagnosen tumör ställas på grund af staspapillens framträdande; härtill kommo successift nedsättning af sensibiliteten å vänster arm och ben, svaghet af vänstra benet samt slutligen äfven af vänster arm, symptom, som utan tvekan kunde just på grund af sin fördelning, i det sensibilitetsrubbningsområdet, antagas bero på tumörens växande tryck å capsula interna, hvarvid naturligtvis de längst bakåt belägna sensibla banorna förr skulle rubbas i sin funktion än de längre fram belägna motoriska banorna.

Diagnosen af en tumör i högra occipitallopen ställdes därför jämförelsevis tidigt äfvensom sannolikhetsdiagnosen af dess syfilitiska natur, för hvilken talade den i patientens ungdom inträffade veneriska infektionen, hustruns tvänne missfall, den särskildt om natten häftiga hufvudvärken och frånvaron af alla tecken till tumörbildningar eljest i kroppen. Den inledda antisyfilitiska behandlingen lyckades emellertid ej hejda processens fortskridande, och äfven detta fall visar alltså den relativt ogynnsamma prognos, gummatösa nybildningar i hjärnsubstansen erbjuder. Af symptomen förtjäna i fallet särskildt framhållas den egendomliga mikropsien, i det patienten såg föremålen som genom en omvänd kikare, ett symptom, som säkerligen ej ofta torde förekomma, samt det anmärkningsvärda försvinnandet af patellarreflexen å det parietiska vänstra benet, medan den fanns kvar å höger sida.

## d) Tumörer i corpus callosum.

7) K. J., arbetare, 59 år. Int. <sup>22</sup>/<sub>1</sub> 95, död <sup>26</sup>/<sub>2</sub> 95.

*Anamnes:* Inga nervsjukdomar finnas i patientens släkt. Enligt hustruns uppgift var han fullt frisk till december 1893, med undantag däraf att han sedan 1879 haltat något å vänstra benet till följd af en »vrickning af knäskålen». I midten af december 1893 sjuknade patienten i influensa, för hvilken han låg till sängs under 4 veckor, hvarefter han fick häftig värk i vänstra örat samt kräkningar och yrsel. Efter några dagar började var rinna ur örat, och småningom förbättrades tillståndet. Under 1894 har han varit frisk, så att han kunnat arbeta, men har dock stundom klagat öfver yrsel och hufvudvärk samt värk i vänstra örat, på hvilket han hela sista året varit nästan döf. Inga kräkningar eller frysningar.

Den 15 januari d. å. insjuknade han i häftig hufvudvärk, värst öfver ögonen och måste intaga sängen. Tillståndet försämrades småningom, han hade stundom frosskakningar, var dåsig och ofta oredig, klagade öfver stelhet i nacken samt värk i hela hufvudet, värst omkring öronen. Inga kräkningar. Var har ej runnit ur örat sedan patientens sista insjuknande.

*Status præses.* Patienten är dåsig, gäspar ofta. Temperaturen vid intagandet  $38,5^{\circ}$ , sedan hela tiden normal. Inga kräkningar, då och då frosskakningar. Matlusten är dålig, afföringen trög, pulsen 60, jämn; lindrig arterioskleros. Urinen är klar, svagt sur, 1,020 sp. v., starkt indikanhaltig, håller ej ägghvita eller socker.

Patienten klagar endast stundom öfver hufvudvärk, ligger eljest mest apatisk i sängen. Han är, såsom nämnts, dåsig, svarar endast långsamt, stundom oredigt på tilltal, yrar understundom, har glömt hvar han bor, vet ej, att han ligger på sjukhuset, kan ej nämna namn på ett och annat föremål, ehuru han dock för de fleste uppger dem riktigt och vet, hvad de användas till. Han förstår, hvad man säger honom, efter hvad det tyckes, i det han utför gifna befallningar riktigt, och kan läsa. Synen utan anmärkning. Ögonbotten visar en hyperemisk retina med svällda vener, 4—5 ggr. så tjocka som artererna, papillgränserna äro skarpa, inga pulsationer. Pupillerna äro lika stora, reagera för ljus och ackommodation, ingen strabism, ingen nystagmus, ögonrörelser fria åt alla håll. Sensibilitet och motilitet i ansiktet normala. Hörseln är betydligt nedsatt å vänstra örat, å högra örat normal. Tungans rörelser fria, ingen deviation, sväljning sker obehindradt. Puls 60, andning 20 i minuten, stämman klar.

Sensibiliteten å bål och armar något nedsatt (möjligen en följd af patientens dåsighet), men han lokaliserar väl.

Ingen tydlig pares af muskulaturen å extremiteterna. Gången är osäker och vacklande, ej ataktisk, ingen ataxi, inga ryckningar, ingen darrning eller intentionsdarrning. Atrofi af vänstra musc. quadriceps (efter trauma).

Patellarreflexerna äro svaga, ingen dorsalklonus, starka kre-masterreflexer.

Ingen ömhet öfver processus mastoideus eller flytning ur örat, venæ jugulares ext. af normal fyllnad.

Inre organ normala.

*Daganteckningar:* <sup>2</sup>/<sub>2</sub> Tillståndet har forfarit oförändradt sedan sista daganteckningen. Patienten kan i dag ej stödja på benen, utan faller baklänges vid försök därtill.

<sup>11</sup>/<sub>2</sub> Slöheten ha betydligt ökat. Urin och feces gå i sängen.

<sup>15</sup>/<sub>2</sub> Rigiditet i benmuskulaturen, isynnerhet af böjarne å låret. Utprägladt KERNIGS fenomen. Patellarreflexer kunna dock framkallas. Utpräglad stasispapill. Patienten ligger och plockar på täcket, svarar ej mera på tilltal.

<sup>16</sup>/<sub>2</sub> Skär tänder. Utprägladt CHVOSTEKS facialisfenomen vid perkussion af facialis, isynnerhet å vänster sida.

<sup>18</sup>/<sub>2</sub> Vid perkussion af kraniet tyckes patienten ömma något öfver vänstra tinningtrakten. Strabismus divergens. Koma. Pupillerna äro starkt kontraherade.

<sup>22</sup>/<sub>2</sub> Rigiditeten i lårens böjmuskler ökad, patellarreflexer kunna därför ej längre framkallas.

<sup>26</sup>/<sub>2</sub> Död i koma.

*Behandling:* Jodkalium 3 gm. de die.

*Sektion:* Dura obetydligt spänd, mest å vänstra halfvan, där också gyri tyckas vara något plattare. Vid särskiljande af hemisfererna tyckes corpus callosum vara normal, men vid genomskärning af densamma anträffas en tumörmassa i densamma, som sträcker sig från dess främre del till ungefär 2 cm. från splenium. Den intar större delen af corpus callosums substans, men lem-nar dess öfre yta fri och når åt sidorna till ungefär 1 cm. från instrålningen i centrum semiovale. Denna tumörmassa har nedåt gripit öfver på septum pellucidum, hvilket i hela sin utsträckning uppifrån nedåt är infiltrerad och i 2 cms utsträckning framifrån bakåt; det är ungefär 1 cm. tjockt från sida till sida. Nedåt når denna infiltration till den gråa substansen ofvanför och bakom chiasma nervi optici. Fornices äro fria, commissura anterior tyckes vara infiltrerad. Tumörmassan är längst ned tämligen fast, upptill lösare, gråhvit med talrika blodpunkter. Ingenstädes för öfrigt i hjärnmassan något anmärkningsvärdt. Ventriklarne äro utspända af en något ökad mängd cerebrospinalvätska.



Från öfriga inre organ intet att anmärka, utom en betydlig degeneration af hjärtmuskulaturen och en börjande hypostatisk pneumoni i lungornas nedre lober.

Mikroskopiskt visade sig tumörmassan vara ett rundcells-sarkom.

Utgångspunkten för hjärntumören i detta fall synes mig vara att söka i corpus callosum, från hvilken sedan septum pellucidum infiltrerats sekundärt. Anmärkningsvärd är onekligen tumörens utbredning; i mig tillgänglig litteratur har jag ej kunnat finna mer än ett fall med infiltration af septum pellucidum, nämligen ett af WEINSTEIN<sup>1)</sup>, i hvilket dock utbredningen var större och tumören ej så skarpt begränsad till corpus callosum som i föreliggande fall.

I WEINSTEINS fall anträffades en tumörbildning, som från frontalloben utbredd sig längs sidoventrikelnas tak, längs fornix och septum pellucidum; symptomen voro hufvudvärk, strabism, kräkning, delirier, yrsel, trögt tal, slutligen strabismus convergens, staspapill, vänstersidig facialis pares och försvagning af den högra patellarreflexen, försvinnande af den vänstra, symptom således, som i mycket erinra om de i mitt fall uppträdande, utan att dock därför något af dem direkt kan sättas i samband med tumörens säte, då de, åtminstone de för fallen gemensamma, kunna förekomma vid så godt som hvarje tumör i hjärnan.

8) E. N. 68-årig man. Intagen <sup>23</sup>/<sub>10</sub> 95, död <sup>25</sup>/<sub>12</sub> 95.

*Anamnes:* Patienten, som i allmänhet varit frisk och i hvars släkt inga nervsjukdomar finnas, har flere friska barn. Han har ej missbrukat spirituosa och förnekar syfilis. Han sjuknade för ungefär 1 månad sedan med svår hufvudvärk, mest i pannan och främre delen af hjässan, svindel, qväljningar, allt småningom tilltagande i intensitet. Minnet började blifva sämre, han kunde t. ex. ej hitta hem igen, när han gått ut. Synen blef äfven sämre, och han började besväras af egendomliga subjektiva sensationer; så tyckte han rummet och täcket å sängen vara fullt af damm, hvarför han beständigt ville hafva fönstret öppet om nätterna. Äfven åtskilliga andra saker, som i verkligheten ej funnos, tyckte han sig se omkring sig. Lynnet blef dåligt, och då tillståndet alltjämt försämrades, söktes inträde för honom å sjukhuset.

1) Zur Casuistik der Hirntumoren. Wien. med. Presse 1882 nr 30, 32, 36.

*Status præsens den* <sup>25</sup>/<sub>10</sub> 95. Patienten är kraftigt byggd, bullet något reduceradt. Han är något slö och svarar trögt på framställda frågor. Minnet är mycket nedsatt. Matlusten är dålig, afföringen regelbunden, temperaturen normal, urinen fri från ägghvita och socker.

Patienten klagar öfver svår hufvudvärk samt därjämte öfver dålig smak i munnen; han tyckes smaka något och smacker ofta med läpparne (smakhallucinationer) utan att kunna närmare redogöra härför.

Han förstår någorlunda, hvad man säger till honom, men detta sker endast långsamt och efter en stunds funderande. Kan ej redogöra för något, som sätter hans minne på prof i högre grad. Visar man honom ett föremål, kan han i de flesta fall redogöra för dess användande och nämna dess namn. Han kan säga sitt namn, men minnes ej, hur gammal han är. Talet utan anmärkning. Han kan gå och stå bra.

Synen är höggradigt nedsatt, synfälten tyckas vara minskade, ingen hemianopsi. Exquisit stasispapill finnes. Ögonrörelserna äro obehindrade, högra pupillen något större än den vänstra (qvarstående homotropinverkan?). Pupillerna reagera för ljus. Ansiktets och tungans rörelser normala, sensibiliteten i ansiktet normal. Inga fibrillära ryckningar i tungan. Ingen pares eller sensibilitetsrubbnig af extremiteterna, ingen atrofi. Patellarreflexerna äro svaga, kubitalreflexen saknas. Ingen dorsalklonus, ingen rigiditet.

Lindrig arterioskleros, inre organ i alla hänseenden normala.

*Daganteckningar:* <sup>28</sup>/<sub>10</sub>. Urineringen går trögt.

<sup>1</sup>/<sub>11</sub>. Kräkningar.

<sup>4</sup>/<sub>11</sub>. Gången betydligt försämrad; han kan ej gå själf numera, utan faller vid försök därtill åt höger och framåt. Han klagar öfver stark yrsel. I sängen kan han resa sig upp utan hjälp med stöd af armarne samt för en stund lyfta benen från underlaget. Patellarreflexer fortfarande svaga; då patienten ledes, släpar möjligen vänstra benet något.

<sup>11</sup>/<sub>11</sub>. Känner sig bättre. Smak- och synhallucinationerna tyckas vara försvunna, hufvudvärken är mindre. Patienten har magrat rätt betydligt.

<sup>14</sup>/<sub>11</sub>. Ånyo slöare, urinen går i sängen.

<sup>26</sup>/<sub>11</sub>. I dag tyckes högra mungipan stå lägre än den vänstra. Alla mimiska rörelser äro möjliga och lika å båda sidor. Högra armen förefaller att vara något slappare än den vänstra; benen kunna ej längre lyftas från underlaget, och högra benet röres mindre än det vänstra. Patellarreflexerna äro försvunna, ingen rigiditet, ingen dorsalklonus. Vänstra sidans kremaster- och bukreflexer lätta att framkalla, å högra sidan tyckas de vara försvunna. Urin och feces gå i sängen. Ingen hemianopsi.

<sup>1/12</sup>. Förmår ännu uppfatta frågor af enklare art, men kan ej svara fullständigt. Om han skall erinra sig något, tyckes han anstränga sig för ett ögonblick, men tyckes snart hafva glömt, hvad det var fråga om. Han tröttnas fort; efter några få frågor och svar tyckes uppfattningen försämras betydligt. Högra ansiktshalfvan slappare än den vänstra, sulci där mindre utpräglade. Han markerar lindrig smärta vid perkussion af vänstra främre kranialhalfvan.

<sup>3/12</sup> Börjande atrofi af papillen.

<sup>6/12</sup>. Ibland häftiga skrik.

<sup>20/12</sup>. Högra pupillen mycket större än den vänstra. Puls 138, mjuk. Inga tydliga pareser någonstädes utom i ansiktets högra halfva.

<sup>25/12</sup>. Död i koma.

*Behandling*: Jodkalium 3 gm. de die.

*Sektion*. Inre organ utan anmärkning. Duran är spänd, gyri tillplattade, torra, de å vänstra hemisferen något mera. Ingen palperbar resistens, lillhjärna och medulla utan anmärkning, kalkplättar i arteria basilaris. Vid insnitt befinnes bakre delen af corpus callosum intagas af en valnötstor tumör med gulaktig, något lös snittyta; denna når framåt till midten af corpus callosum och intar hela splenium samt underliggande del af fornix, men lemnar thalamus liksom septum pellucidum och fasciola cinerea fria. Åt högra sidan är tumören inskränkt till corpus callosum. I vänstra hemisferen når den äfven ett stycke in i den hvita substansen ofvanför ventrikeln, följande utstrålningen från corpus callosum, utan att vara skarpt begränsad från den hvita hjärnsubstansen. Ventriklarne och aquæductus Sylvii äro betydligt dilaterade. Mikroskopiskt befanns tumören vara ett gliom. Från inre organ intet att anmärka.

Diagnosen af tumörer i corpus callosum är mycket svår och alltid osäker. BRUNS<sup>1)</sup> anser möjligheten att med någon säkerhet kunna ställa denna diagnos vara sällsynt; med sannolikhet kan detta ske, om i fall af hjärntumörsymptom från början finnas parapareser och höggradig rubbning af intelligensen, när samtidigt öfriga symptom ej snarare tala för en tumörbildning å annat håll i hjärnan eller för multipla hjärntumörer. BRISTOWE<sup>2)</sup> anser en diagnos möjlig, om följande kriterier uppfyllas: långsamt sig utvecklande symptom, tydande på en tumör i hjärnan, frånvaro af allmänna tumörsymptom, såsom hufvud-

1) Encyclopäd. Jahrbücher V, s. 192.

2) Cases of tumors of the corpus callosum. Brain 1884. Okt.

värk, kräkning, apoplektiforma eller epileptiska anfall och af neuritis optica, men djup rubbning af intelligensen med stupiditet, sopor och ej afatiska rubbningar, hemiparetiska symptom, ofta förenade med mindre utpräglad pares af andra sidans extremiteter, frånvaro af rubbningar inom hjärnnervernas område.

Se vi nu till, i hvilken mån de tvänne nu anförda fallen svara mot de anförda kriterierna, så skilja sig symptomen i det första väsentligt från de af BRISTOWE angifna, medan åter det andra i någon mån närmar sig de af BRUNS bestämda. I båda finna vi visserligen en tidig och djup intelligensrubbning, men en sådan ensamt kan likaväl uppkomma på grund af tumörbildningar i andra delar af hjärnan. Kräkningar saknades i båda fallen, i det andra funnos dock qväljningar, men däremot fanns i båda, och detta som ett första symptom, svår hufvudvärk och i båda konstaterades i ett tidigt stadium en utpräglad staspapill. Hvad motilitetsrubbningarne beträffar, så saknades uttalade pareser fullständigt i första fallet, medan i det andra en högersidig hemipares jämte pares af vänstra benet förefanns. Men dessutom anmärktes i båda en viss osäkerhet vid försök att stå och detta i ett ej alltför sent stadium; vid försök härtill föllo bägge patienterna omkull. Och af symptom, som alldeles icke omnämnas af BRISTOWE förtjäna i första fallet framhållas den höggradiga rigiditeten af benen med utpräglat KERNIGS fenomen och det senare framträdande chvostekska facialisfenomenet samt reflexernas försvagande i första fallet (möjligen en följd af rigiditeten) och upphäfvande i andra fallet.

I det första fallet lemnades just på grund af symptomens egendomliga beskaffenhet diagnosen i fråga om tumörens lokalisation öppen; närmast tänkte jag på möjligheten af en tumör i vänstra frontalloben, då frånvaron af basala hjärnnervsymptom talade mot ett basalt säte och nackstyfheten kan utlösas härifrån; den tydliga perkussionsömheten i vänstra tinningtrakten, som tillstötte i senare stadium och den höggradiga intelligensrubbningen, som, såsom jag förut påpekat, kan vara rätt utpräglad vid en tumörbildning här, kunde endast stödja en sådan uppfattning, men frånvaron af alla talrubbningar syntes mig dock anmärkningsvärd. I andra fallet åter ställdes diagnosen på en tumörbildning med sannolikt säte i corpus callosum just på grund

af den förhandenvarande lindriga paraparesen af benen vid frånvaro af symptom, tydande på ett läge å annat ställe.

Jämförelsen mellan tumörernas anatomiska utbredning förklarar delvis olikheten i symptomen. I det första fallet sakna vi alla paretiska symptom, men här var uteslutande corpus callosum i sitt midtparti jämte septum pellucidum angripet, och de motoriska banorna vore således rätt aflägsna från nybildningen; i det andra fallet åter hade tumörmassan gripit öfver in i hjärnhemisfererna och kommit i närmaste närhet af dessa banor utan att dock direkt intressera dem. Till följd häraf har paraparesen uppträdt i det senare. Jämförelsen mellan de båda fallen i kliniskt och patologiskt-anatomiskt hänseende synes mig vara ett bevis för, att de för diagnosen så viktiga parapareserna, såsom redan BRISTOWE framhåller, ej kunna anses vara ett härdsymptom för tumörer i corpus callosum, utan deras uppträdande är en följd af tumörens öfvergripande på hemisfererna. Annat var ju icke heller att vänta, då, så vidt vi veta, i corpus callosum endast löpa associationsbanor, ej några ledningsbanor. En tumörbildning i denna hjärndel, uteslutande inskränkt till densamma, torde därför mest gifva negativa symptom; möjligen kan dock till densamma hänföras ett symptom, som var gemensamt för båda fallen och som mycket väl kan tänkas vara en följd af ett afbrott af dessa associationsbanor, nämligen patienternas oförmåga att stå, oaktadt tydliga pareser ej funnos och ataxi alldeles saknades. Äfven den ej obetydliga slöheten i båda fallen torde kunna anses bero härpå.

Hvad symptomen för öfrigt beträffar, så förtjäna i första fallet den egendomliga, starkt utpräglade rigiditeten med KERNIGS fenomen och det senare uppträdande chvostekska facialisfenomenet att framhållas, utan att det är mig möjligt att af tumörens säte för dem lemna en tillfredsställande förklaring. I andra fallet hafva vi utom de anmärkningsvärdt nog försvunna patellarreflexerna och de ensidigt försvunna hudreflexerna att framhålla dels synhallucinationerna, som möjligen kunna sättas i samband med en retning af de ej alltför långt aflägsna synbanorna, dels smakhallucinationer, hvilka åter stå oförklarade, då vi ej med säkerhet känna till något centrum för smaken; enligt FERRIER skulle detta vara att söka i gyrus uncinatus, och vore denna

uppfattning riktig, kunde man ju i fallet tänka sig en retning från tumören på den ej alltför långt från densamma belägna vindeln. Men FERRIERS uppgift står i detta hänseende tämligen enstaka, och å andra sidan har STSCHERBAK<sup>1)</sup>, åtminstone hos kaniner, genom extirpation af den gråa substansen å hjärnans konvexa yta, motsvarande lobus temporalis, framkallat förlust af smaken å motsatta sidans tunghalfva. En inverkan på pons och medulla oblongata, hvilkas lesioner naturligtvis kunna vara åtföljda af smakrubbningar, synes mig vara utesluten i fallet.

I fråga om den anatomiska utbredningen af tumören i första fallet torde den kunna sägas vara tämligen egendomlig och ovanlig. I de flesta fall har densamma liksom i mitt andra fall bredt ut sig in i hemisfererna. Den närmar sig härigenom de fall, i hvilka en bristande utveckling af corpus callosum eller rent af frånvaro af densamma förefanns, och skiljer sig i kliniskt hänseende ej från sistnämnda grupp af fall. I hvarje händelse äro båda fallen relativt sällsynta. GIESE<sup>2)</sup> har i hela litteraturen ej kunnat finna mera än 16 fall.

#### e) Tumör i 4:de ventrikeln.

9) Fröken G. B. 41-år. Int. <sup>11</sup>/<sub>1</sub> 1895, död <sup>15</sup>/<sub>1</sub> 1895.

*Anamnes:* Patienten, inom hvars släkt inga hereditära sjukdomar förekommit, har såsom lärarinna haft ett sträfsamt lif. Hon har alltid varit något klen, men särskildt de tvänne sista åren känt sig matt och trött, som hon tror, på grund af öfveranstängning i sitt arbete. Särskildt tyckte hon, att hon vid mera tankeanstängande arbete kände hufvudet tungt, fick qvälningar samt kräkningar. Sistlidne vår kände hon sig bättre, men blef ånyo sämre under sommarens lopp. Hon fick då anfallsvis huggande värk bakom öronen och i nacken, hvarvid hufvudet drogs bakåt. Svår hufvudvärk har hon däremot aldrig haft, men väl yrsel, isynnerhet då huggen i nacken tillstötte, och tyckte hon sig då vilja falla bakåt och åt vänster. Då hon rörde sig, fick hon häftiga kräkningar, dock ej alltid, mest vid hastig ändring af kroppsställningen. I början af december började benen liksom domna och blifva svaga; knäna ville vika sig, och hon tyckte, att känseln nedom knäna var borta; hon fick svårt att lyfta benen. Tillståndet var somliga dagar bättre, andra sämre; aldrig uppträdde några ryckningar, men väl all-

1) Bemerkung über die Localisation des Geschmackcentrums beim Kaninchen. Neurol. Centralbl 1893, s. 261.

2) Zur Casuistik der Balkentumoren. Arch. f. Psych. XXIII s. 961.

männa skakningar. Synen försämrades småningom, bokstäfverna flyttade sig om hvarandra, bruna punkter tycktes följa föremålen. Sista dagarne fick hon svårt att kasta urin; det dröjde en stund, innan urineringen kom i gång; afföringen har alltid varit trög. Slutligen fick hon äfven en känsla af sveda på tungan.

*Status præsens* <sup>12/2</sup> 1895. Patienten är klent byggd, blek och afmagrad. Intelligensen är fullt fri, men patienten förefaller att vara mycket nedstämd till lynnet. Matlusten är dålig, afföringen trög, urineringen går bra, om ock något trögt. Urinen är fri från ägghvita och socker, temperaturen är normal, puls normal. Patienten klagar öfver de i anamnesen omnämnda symptomen, svårare hufvudvärk saknas.

Från kranialnerverna finnes trots noggrannaste undersökning intet att anmärka. Pupillerna särskildt äro lika stora och reagera för ljus och ackommodation, papillgränserna äro skarpa och kärnen ej särskildt blodfyllda. Ingenstädes finnas några pareser. Armarne kunna fritt röras, men därvid framträder en höggradig tremor, som dock fortfar äfven efter slutad rörelse. Gången är svag och något släpande, men benen kunna fritt röras i alla riktningar, om också kraften ej är så stor; ingen ataxi förefinnes, ej heller visar gången någon större osäkerhet som uttryck för utpräglad yrsel. Sensibiliteten är öfverallt fullt normal. Patellarreflexerna äro mycket stegrade å båda sidor, isynnerhet dock å vänster sida, där exqvisit dorsaklonus finnes utan rigiditet i benmusklerna. Ingen patellarklonus. Hudreflexer utan anmärkning.

*Ordination:* Bromnatrium. Infus. rad. Rhei.

<sup>15/1</sup> fick patienten plötsligen efter att under dagens lopp hafva haft enstaka ryckningar i bägge armarne ett anfall, hvarvid hufvudet drogs åt vänster och medvetandet tycktes vara borta. Ryckningarne fortforo mer i form af darrning med styfhet af extremiteterna, och patienten afled plötsligen.

*Sektion:* Dura betydligt spänd, gyri alldeles tillplattade. Durans insida liksom pia torra och måttligt blodhaltiga. Ingenstädes å hjärnytan något anmärkningsvärdt utom gyris tillplattning. Ventriklarne höggradigt utspända af vattenklar vätska. Fjärde ventrikeln likaledes höggradigt dilaterad till hönsäggstorlek, dels af vätska dels af en från vänstra lillhjärnshemisferen utgående plommonstor tumör, som buktar in i ventrikeln och uppåt och nedåt når mot aquæductus Sylvii och foramen Magendi. Denna tumör är ojämt gråröd å snittytan, delvis gelatinös, med smärre eckyloser. Foramen Magendi absolut tilltäppt. Öfversta delen af medulla oblongata, som i sin helhet är något tillplattad, tyckes äfven vara förändrad, i det den kännes mjuk, och de bakre strängarnes ansvällning är ovanligt skarpt markerad. Hjärta utan anmärkning liksom öfriga inre organ utom lungorna.

I vänstra lungspetsen finnes nämligen å ytan en ungefär 5-örestor, ärrig fläck med svålig pleura, som här mäter 3—4 mm. Ingen tuberkulos. Inga tumörer någonstades.

Mikroskopiskt visade sig tumören vara ett sarcoma globocellulare.

Ett anmärkningsvärdt fall. Patienten intogs å sjukhuset på grund af misstanke, att en hjärntumör förelåg, och det oaktadt ansågo vi oss efter den noggrannaste undersökning berättigade att utesluta en sådan diagnos och i stället antaga ett funktionellt lidande, en hysteri. Patienten hade såsom skollärarynna varit utsatt för både fysisk och psykisk öfveranstängning; sedan 2 år hade symptomen småningom utvecklats och förvärrats, då hon ej kunde unna sig någon hvila; tidtals, då hon fått hvila, hade tillståndet förbättrats. Svår hufvudvärk hade hon aldrig haft, men väl yrsel, kräkningar, hufvudsakligast vid ändring af kroppsläget, synen blef sämre, benen domnade, och gången blef svagare, men ej ataktisk, objektift fanns ej staspapill, ej pareser, ej ataxi, men en betydlig tremor och stegrade senreflexer med dorsalklonus å båda benen, höggradigare dock å det ena benet än det andra. Således ej några symptom, som med bestämdhet kunde anses utgöra ett uttryck för en hjärntumör, äfven om de kunna förekomma vid en sådan; alla kunde finna sin förklaring af ett funktionellt nervlidande och patientens höggradigt anemiska tillstånd. Det enda något svårtydda symptomet var patientens uppgift om hennes benägenhet att falla bakåt och åt vänster, hvilket tydde på en möjlig lesion i bakre delen af hjärnhalfvan; detta symptom uppträdde dock endast tidtals vid anfall af värk bakom öronen och framträdde ej å sjukhuset.

Så mycket mera oväntad var den plötsliga döden och fyndet af en ej så liten tumörbildning i ventrikeln, utgående från lillhjärnan, jämte en höggradig hydrocefalus på grund af tilltäppning af foramen Magendi. Man tycker sig kunna vänta mera utpräglade symptom vid en dylik nybildning, isynnerhet när den som här utöfvat ett tydligt tryck å medulla oblongata, i det denna var något tillplattad. Tumören gick visserligen ut från lillhjärnan, men den hade här angripit endast de nedersta loberna, medan den lemnat hufvudmassan af hemisfererna och vermis fria, och att några härdsymptom från lillhjärnan



därför ej funnos, är mindre svårförklarligt; den symptomlösa kompressionen af medulla oblongata — att en sådan förelegat framgår af sektionsfyndet — är däremot oförklarlig. Emellertid betonar OPPENHEIM, att just tumörer af denna art ofta ej visa några härdsymptom och att till och med alla tecken på en tumörbildning kunna saknas, på samma gång han förklarar sig ur stånd att lemna en tillfredsställande förklaring på detta faktum. I en hel rad liknande fall hafva de mest olikartade diagnoser ställts i liknande fall, såsom cephalalgia, vertigo, epilepsia, hysteria, progressiv paralyt, dementia senilis. Visserligen funnos i dessa fall oftast cystiska nybildningar, men äfven solida tumörer liksom i mitt fall finnas omnämnda. I dessa fall liksom i mitt har döden ej sällan inträdt plötsligt och oväntadt, i ett fall af BORGHERINI<sup>1)</sup> fanns till och med såsom tillfälligt fynd i 4:de ventrikeln en tumör, i hvilket under lifvet endast en glykosuri konstaterats.

Se vi tillbaka på nu anförda fall erbjuder en jämförelse mellan dem med afseende på allmänsymptomen och några andra symptom rätt mycket af intresse. Intet af fallen är likt det andra, variationerna äro rätt betydliga.

Hvad först beträffar *hufvudvärken*, så finna vi densamma uppträda konstant i alla fall utom ett, men i mycket olika stadier af sjukdomen. I fall I varade densamma ungefär 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> vecka, i II c:a 4 månader, i III ungefär 6—7 månader, i IV c:a 6 månader, i VI ungefär 4 månader, i VII 5 veckor, i VIII 3 månader. I fall V klagade patienten egentligen aldrig öfver någon svårare hufvudvärk, men sådan torde dock att döma af yrseln och de våldsamma kräkningarne hafva funnits, fastän han på grund af sin samtidigt tilltagande slöhet ej gaf uttryck däråt. I fall IX slutligen saknades egentlig hufvudvärk, patienten led mera af anfallsvis påkommande smärtor i nacken och bakom öronen. Den var i ett par fall bestämdt lokaliserad, än svarande mot tumörens säte, såsom i fall I, i hvilket värken var värst i högra sidan, särskildt i tinningtrakten och tumören satt i högra fron-

1) Due casi di tumore della tela coroidea del quarto ventricolo. Riv. sperim. di Fren. 1889 XV p. 181, Ref. i Neurol. Centralbl. 1889 p. 620.

talloben, och i VI med huggande värk i bakhufvudet och tumören i högra occipitalloben, än åter utan sådan motsvarighet i fråga om tumörens säte, såsom i III, i hvilket den var mest utpräglad i nacken och tinningarne, medan tumören satt i högra frontalloben, i VII med värk öfver ögonen och tumören i främre delen af corpus callosum, och i VIII med värk i pannan och öfver främre delen af hjässan och tumören i splenium corporis callosi. Äfven i fall IX svarade den huggande värken på visst sätt mot tumörens säte.

Denna hufvudvärk är vanligen ett af de tidigaste symptomen, så i fall II, III, IV, VII, VIII samt, om man vill, äfven fall IX; i fall VI åter inträdde hufvudvärk först senare, sedan en hel rad andra symptom föregått, och samma var förhållandet i fall V.

Sedan denna hufvudvärk börjat, fortsätter den som regel hela tiden, ända tills patienten på grund af slöhet upphör att beklaga sig öfver densamma. Den kan då än vara kontinuerlig än åter uppträda anfallsvis som i fall II, där den uppträdde på obestämda tider, och i fall III och VI, i hvilket senare den, som fallet vanligen är vid syfilitiska tumörer, uppträdde hufvudsakligast om natten; i fall III finna vi dessutom en relativt lång paus mellan två på hvarandra följande anfall af hufvudvärk, i det att mellan första och andra anfallet en fritid af 4 månader inträdde.

*Yrsel* fanns i 7 fall; i fall I finnes ingen uppgift härom, i fall VI saknades den hela tiden. Den uppgifves i fall II hafva uppträdt, endast då anfallen af hufvudvärken uppträdde, och samma var förhållandet i fall IX. Sent tillstötte den i fall V.

*Kräkningar* uppträdde endast i 5 af fallen, medan sådana saknades i fall IV, VII, IX samt äfven större delen af tiden i fall VI.

Ofta äro nu nämnda symptom de, som framträda först, men att början ingalunda alltid är åtföljd af dem, visa mina fall. I flera af dem hafva tvärtom under, som det tycktes, full hälsa plötsligen allvarliga symptom, tydande på en akut hjärnlesion, inställt sig. Så i fall I och V, i hvilka plötsligen ett slaganfall inträdde, i det förra ungefär 2 månader, innan hufvudvärken tillstötte, med förlust af syn och tal, pares af ena ansikthalfvan och déviation conjuguee, symptom, som dock gingo tillbaka efter

3 veckor, i det senare ännu längre tid förut; fall II, i hvilket första symptomet var ett par häftiga epileptiska anfall, som sedan ej upprepades, utan följdes af småningom sig utvecklande hufvudvärk; fall III, i hvilket patienten led af upprepade häftiga svinningsanfall, som man väl sannolikt måste sätta i samband med en af tumören förorsakad cirkulationsrubbnig i hjärnan; fall VI, i hvilket första symptomet utgjordes af en diplopi och mikropsi, snart följd af hemianopsi (de redan 1 år förut observerade darrningarne och domningen af vänstra sidan torde väl knappast kunna sättas i samband med nybildningen). En dylik akut början beror väl sannolikt på blödningar i själfva tumören med ty åtföljande cirkulationsrubbnigar och är ej så sällan beskrifven.

Af öfriga symptom må framhållas, att *perkussionsömhet* endast konstaterades i 2 fall, nämligen III, där den dock var svagt utpräglad åt vänstra hjärnhalfvan, medan tumören satt i högra frontalloben, och fall VIII med ömhet öfver vänstra främre hjässhalfvan, medan tumörbildningen satt i splenium corporis callosi.

Det för tumörbildningens diagnos viktigaste symptomet, *staspapillen*, fanns i alla fall utom IX, men uppträdde i ett och annat fall tämligen sent. Frånser man fall I, i hvilket ej någon undersökning af ögonbottenarne företogs, samt fall III, IV, VII och VIII, i hvilka redan vid inkomsten utpräglad sådan fanns och i hvilka man därför ej kan bestämma tidpunkten för dess uppträdande, återstå fall II, V och VI. I det första af dessa fall kunde 2 månader efter de första symptomens inträdande i form af de förutnämnda epileptiforma anfällen och oaktadt patienten redan då var något slö, staspapill ej konstateras, i det andra fallet konstaterades staspapill, trots upprepade undersökningar, först 5—6 månader efter det första apoplektiforma anfallet, och i det sista fallet fanns en sådan först 8 veckor efter de första symptomens uppträdande, oaktadt en total hemianopsi utbildats. Frånvaron af detta symptom i fall IX är onekligen anmärkningsvärdt, om man betänker tumörens säte, då just oftast vid denna lokalisation staspapill är ett af de tidigare symptomen, men fallet står såsom nämnts i detta hänseende icke enstaka.

Ett par af fallen äro särskildt i detta hänseende anmärkningsvärda. Så fall IV, i hvilket under den fortskridande för-

bättringen den vid inkomsten höggradigt utbildade staspapillen småningom minskades och efter 5 veckor var alldeles borta, samt fall V, i hvilket efter trepanationen densamma minskades. Fall, sådana som det sista, bevisa alldeles otvifvelaktigt, att staspapillen är ett uttryck för det ökade trycket i hjärnan, då dess försvinnande efter en dylik trepanation eljest vore svårt att förklara.

Hvad slutligen *patellarreflexernas* förhållande beträffar, så erbjuda ett par af fallen i detta hänseende rätt stort intresse. I allmänhet uppges ju som regel dessa reflexer vid hjärntumörer vara stegrade, en följd af att ledningen af hämningsimpulserna från hjärnan afbrytas lättare än den af de motoriska impulserna (enl. STERNBERG)<sup>1</sup>). Så se vi äfven förstärkta reflexer omnämnda i fall III, IV, lika å båda sidor; äfven i fall II var efter en tid vänster patellarreflex starkare än höger, här satt dock tumören i vänster frontallob, och nedsättningen af den högra patellarreflexen kan möjligen bero på den i detta ben starkare framträdande rigiditeten; i fall V och VI inträdde äfven en förstärkning, som mera framträdde å det mot den angripna hjärnhemisferen svarande benet, i det senare dock endast en kort tid, och i fall IX voro båda reflexerna stegrade, isynnerhet den å vänstra benet, utan att man af tumörens säte kan lemna någon tillfredsställande förklaring härför.

Men i åtskilliga af mina fall finna vi ett rakt motsatt förhållande och detta till och med anmärkningsvärdt ofta. Så uppgifves i fall I vänstra sidans patellarreflex vara upphäfd, medan det högra benets var normal, i fall VII var till en början vänster patellarreflex starkare än den högra, men efter kort tid var den vänstra alldeles upphäfd, medan den högra var stark, i fall VIII ändtligen voro reflexerne redan vid inkomsten svaga och försvunno till slut alldeles, utan att detta berodde på någon höggradig rigiditet af muskulaturen; sistnämnda moment åter torde vara anledningen till omöjligheten att i fall VII framkalla densamma. I de två förstnämnda fallen anträffades tumörbildningen

1) Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. Leipzig och Wien 1893.

i den motsatta sidans hjärnhemisfer, i det första i frontalloben, i det andra i corpus callosum.

Ett sådant förhållande är ytterst sällsynt, och det är anmärkningsvärdt, att det här observerats i 2 fall af 9. Äfven STERNBERG uppger sig ej så sällan hafva anträffat ett liknande förhållande och uttalar därför den förmodan, att uppgifterna härom äro så sällsynta i litteraturen, ej emedan fallen äro sällsynta, utan emedan ett dylikt förhållande ej stämmer med den allmänt gällande teorien om hämningens upphäfvande vid sjukdomar i hjärnhemisfererna och man därför lätt blir tveksam om, huruvida ens egen observation är riktig. En dylik tvekan hyser jag emellertid icke i fråga om mina fall, då observationerna ej gjorts blott en gång, utan upprepats många gånger. STERNBERG anför i sin bok endast 2 fall af BRAMWELL och ORLOW, där ett liknande förhållande egt rum, samt lägger till dem 3 egna fall, det ena en hjärnabscess, de båda andra tumörbildningar.

Oftare förekommer enligt samme författare en dubbelsidig nedsättning eller ett upphäfvande af patellarreflexerna, någon gång vid lesioner i stora hjärnan, oftast dock vid sådana i de i bakre cerebralgropen belägna hjärndelarne. Ett sådant är mitt fall VIII med tumörbildning i splenium corporis callosi.

I hvarje händelse torde förhållandet förtjäna att mera observeras, än hvad fallet hittills tyckes vara, och torde kanske också anträffas oftare, då det vore en egendomlig slump, om bland de få fall jag haft icke mindre än 2 af 9 visat en dylik förändring af patellarreflexerna.

*Hudreflexerna* hafva i allmänhet ej visat något anmärkningsvärdt utom i fall VII, i hvilket vid en tumör i splenium corporis callosi buk- och kremasterreflexen voro försvunna å högra sidan, eller å samma, å hvilken extremiteterna voro paretiska, ett förhållande, som påminner om det vid hemiplegier observerade och som vid tumörer torde vara ytterst sällsynt.

Granska vi till slut fallen med afseende på möjligheten af ett kirurgiskt ingripande, så var det endast i tvänne (V, VI), jag under patientens lifstid ansåg en sådan möjlighet föreligga och endast i ett en trepanation utfördes (VI). I det första af dessa vågade jag icke tillråda operationen, då dels symptomen väl tydde på en nybildning i occipitalloben, men ej någon garanti, för att tumö-

ren låg ytlig och lätt tillgänglig, fanns i fallet, dels prognosen för operationer i bakre delen af hjärnan är betydligt sämre än för sådana å de mera framåt belägna delarne. I det andra åter försöktes såsom nämnts en exstirpation, då en bestämd lokaldiagnos kunde ställas och allt tycktes tyda på, att tumören låg ytligt; det oaktadt anträffades trots ett tämligen djupt insnitt i hjärnan ej någon nybildning, men sektionen visade, att trepanationsöppningen anlagts öfver tumörmassan, då dess hufvudmassa fanns just i den efter operationen uppkomna hjärnprolapsen. I de öfriga fallen åter sattes aldrig ett operatift ingripande i fråga, då dels symptomen i tre fall (II, III, VIII) tydde på en lesion å inoperabelt ställe, dels i ett (VII) en lokaldiagnos ej kunde ställas, dels i ett (IX) inga tumörsymptom företunnos. Af de båda öfriga fallen ställdes i ett diagnosen på en hjärntrombös (I) på grund af den ofullständiga undersökningen, en följd af patientens nedsatta tillstånd, och ett fall (IV) gick till hälsa.

Se vi åter på tumörernas storlek och säte, sådana de vid sektionen befunnos vara, visa sig fall VII, VIII och IX hafva varit inoperabla, fall V torde äfven, sådant det vid sektionen befanns vara, hafva varit inoperabelt på grund af sin betydliga utsträckning; såsom jag i den i Göteborgs Läkaresällskaps Förhandlingar 1895 offentliggjorda uppsatsen betonat, är det ej omöjligt, att tumören redan vid operationstillfället varit så betydlig, att den, äfven om den anträffats på djupet, just på grund af detta sitt djupa läge ej kunnat exstirperas. Däremot utesluta ej tumörernas storlek och läge i fall I, II och III möjligheten af en operation, ifall en diagnos kunnat ställas på deras säte, då tumörer af ända till  $\frac{1}{3}$  af ena hemisferens volym exstirperats med lyckligt resultat (cit. efter OPPENHEIM); äfven möjligheten af ett lyckligt resultat af ett dylikt ingripande i tidigare stadier i fall VII kan ej uteslutas, då tumören här låg tämligen ytligt; att med lyckligt resultat exstirpera den, sådan sektionen visade den, torde dock ej varit möjligt.

Fall V visar emellertid, att man äfven med en palliativoperation, en trepanation, kan vinna rätt mycket, i det att denna pat. från att ligga djupt soporös återkallades till medvetande för åtskilliga månader, symptomen lindrades och staspapillen gick tillbaka, allt tydligen en följd af det genom den uppkomna be-

tydliga hjärnprolapsen högradigt minskade hjärntrycket. Fallet står i detta hänseende icke enstaka, och en hel del författare hafva uttalat sig för denna palliativoperations berättigande vid nu i fråga varande lidande, dock icke alla. Så t. ex. i vår svenska litteratur, prof. BERG<sup>1)</sup>, som ställer sig tveksam gent emot det berättigade i att på sådant sätt söka förlänga de ohjälpligt dödsdömda patienternas lif och plågor, ett tvifvel, som synes mig vara så mycket mera berättigadt, som mången gång kanske just genom operationen döden påskyndas eller rent af blir en följd af operationen och någon garanti för att en förbättring kommer att inträda ej kan lemnas.

1) BRUZELIUS och BERG. Fall af hjärntumör; operation; förbättring. Hygiea 1894, s. 529.

\*\*\*

Konvalescenthemmet i Göteborg

**Rapport**  
öfver  
**Konvalescenthemmet å Göteborg.**



Sahlgrenska Sjukhusets bokslut för dess  
KONVALESCENT-afdelning på Götabergr för år 1895.

	Vinst & Förlust		Balance Conto			
	Utgifter	Inkomster	Tillgångar		Skulder	
Stadskassans Anslag . . .	—	4000	—	—	—	—
Giro Conto . . . . .	—	—	6,952	74	—	—
Allm. & Sahlgrenska Sjuk- huset . . . . .	—	—	—	—	—	5 30
Div. Omkostnader . . . .	94	40	—	—	—	—
Augusta Adebahr . . . .	—	—	—	35	32	—
Hushållets Conto:						
<b>Matv.</b> <b>Div.</b>						
Förbr. 3,325.52. 178.28.	3,503	80	—	69	17	—
Saldo 67.89. 1.28.	—	—	—	—	—	—
Aflönings Conto:						
Föreståndaren 399.96.						
Pigan . . . . . 120.—.						
Läkaren . . . . . 300.—.						
Drängen . . . . . 365.—.						
Julp. & hjälp 45.—.	1229	96	—	—	—	—
Inventariers Conto . . . .	389	75	—	3,550	—	—
Belysnings Conto . . . . .	62	88	—	—	—	—
Ved & Kol Conto:						
<b>Ved Torf Kokes</b>						
Förbr. 9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 190 41	405	31	—	150	—	—
Saldo 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 90 9	—	—	—	—	—	—
Byggn. Underh. Conto . .	72	50	—	—	—	—
Medikamenters Conto . .	418	18	—	—	—	—
Conto pro Diverse . . . .	—	—	—	—	—	400 50
Intresse Conto . . . . .	—	—	187	98	—	—
Öfverskott & Brist Conto						
Öfversk. fr. föreg. år 12,340.23.	—	—	—	—	—	—
Årets brist . . . . . 1,988.80.	—	—	1,988	80	—	10,351 43
Summa Kronor	6,176	78	6,176	78	10,757	23
					10,757	23

# Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Konvalescent-Afdelning å Göteborg vårdade sjuke och sjukdomar år 1895.

	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomne under 1895		Summa vårdade		Afförde				Qvarlig- gande till 1896						
							friske		oförbätt- rade		döde						
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.					
a) invärtes . . . . .	4	8	91	99	151	118	63	73	24	27	4 <sup>2)</sup>	2 <sup>1)</sup>	—	—	4	5	
b) utvärtes . . . . .	2	—	54	11	—	—	39	7	13	4	—	—	—	—	4	—	
	269		269		269		269		269		269		269		269		
<b>Sjukdomar:</b>																	
Febris typhoides . . . . .	—	—	3	5	3	5	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza epidomica . . . . .	—	1	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angina tonsillaris . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas . . . . .	—	—	1	4	1	1	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis pulmonum . . . . .	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" peritonei . . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scrophulosis . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chlorosis . . . . .	—	2	—	9	—	11	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Anæmia . . . . .	—	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pseudo-leucaemia . . . . .	—	1	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hypertrophia henis post malariam . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus chronicus . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumatismus muscular. acut. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" chronic. . . . .	1	—	1	4	1	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" articulo. acutus . . . . .	—	—	3	1	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" articulo. chronic. . . . .	—	—	14	12	13	12	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" articulo. acutus . . . . .	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" articulo. chronic. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

<sup>1)</sup> Återremitterad till Sahlgrenska sjukhuset.  
<sup>2)</sup> d:o

	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomme under 1895		Summa vårdade		A f f ö r d e						Qvarlig- gande till 1896					
							friske		förbätt- rade		oförbätt- rade		döde					
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Erythema nodosum.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Endocarditis . . . . .	1	—	3	3	4	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vitium organic. cordis	1	—	7	9	8	9	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chorea. . . . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pericarditis . . . . .	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Degeneratio cordis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hysteria . . . . .	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neurasthenia . . . . .	—	—	5	3	5	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neuralgia . . . . .	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Polyneuritis . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sclerosis disseminata	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Calcanalgia . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Laryngitis acuta . . . . .	—	—	17	9	17	9	16	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pneumonia acuta . . . . .	—	—	5	2	6	2	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bronchitis acuta . . . . .	1	—	5	1	5	2	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"    chronica . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bronchopneumonia . . . . .	1	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Asthma bronchiale . . . . .	—	—	7	1	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Emphysema pulmonum	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gangræna pulmonum . . . . .	—	—	14	12	14	12	14	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pleuritis . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Empyema pleuræ . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dyspepsia . . . . .	—	—	1	4	1	5	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intoxicatio phosphorica . . . . .	—	—	1	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarrhus ventriculi acut. . . . .	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"    chronic. . . . .	—	—	—	5	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) Återmitterad till Sahlgrenska sjukhuset.



	Qvarlig- grande från år 1894		Inkomne under 1895		Summa vårdade		Afförde						Qvarlig- grande till 1896	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske		oförbätt- rade		döde		m.	qv.
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.		
Fractura femoris . . . . .	—	—	5	1	5	1	2	—	3	1	—	—	—	—
" pelvis . . . . .	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
" costarum . . . . .	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
" antibrachii . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
" ulnæ . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
" radii . . . . .	—	—	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—
	8	12	175	157	183	169	131	116	39	43	4	2	—	9

E. Nordenfält.

# 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 1895.

	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomne under 1895		Summa vårdade		A f f ö r d e						Qvarlig- gande till 1896				
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske		förbätt- rade		oförbätt- rade		döde				
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.			
<b>Sjuka personer:</b>																	
utvärtes . . . . .	57	34	770	400	827	434	697	369	39	22	15	11	23	8	53	24	
	91		1170		1261		1261										
<b>Sjukdomar:</b>																	
Labium leporinum . . . . .	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rictus lupinus . . . . .	—	—	2	1	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Fistula colli cong. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia inguin. cong. . . . .	1	—	4	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phimosi cong. . . . .	—	—	7	—	7	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pes varo-equin. cong . . . . .	1	—	4	1	5	1	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gangrena semlis . . . . .	—	—	2	4	2	4	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza epidemica . . . . .	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas . . . . .	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Septico-pyæmia . . . . .	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis . . . . .	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gonorrhœa . . . . .	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Epididymitis gonorrh. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stricture urethræ . . . . .	1	—	6	—	7	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Conjunet. gonorrh. . . . .	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumatismus " . . . . .	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

















	Qvarlig- gande från år 1894		Inkomme under 1895		Summa värdade		A f f ö r d e				Qvarlig- gande till 1896			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	friske	förbätt- rade	m.	qv.	offrbätt- rade	m.	qv.	
							m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Distorsio genus . . . . .	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
" cubiti . . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ruptura muscul. . . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
" bulbi . . . . .	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
" urethrae . . . . .	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	
" varicis . . . . .	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	
Commotio cerebri . . . . .	1	—	3	1	4	1	4	—	—	—	—	—	—	
Contusio . . . . .	4	1	58	17	62	18	15	—	—	—	—	2	3	
Laceratio . . . . .	—	—	7	1	8	7	6	—	—	—	—	1	—	
Vulnus contusum . . . . .	—	—	31	6	37	31	6	—	—	1	—	4	—	
" " capitis . . . . .	—	—	10	—	10	10	—	—	—	—	—	1	—	
" incisum vel ictum . . . . .	3	1	20	3	23	4	4	—	—	—	—	—	—	
" laceratum vel serratum . . . . .	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	
" sclopetarium . . . . .	—	—	3	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	
Combustio . . . . .	—	—	9	2	11	9	2	—	—	—	—	—	—	
Congelatio . . . . .	—	—	4	—	4	4	—	1	—	—	—	—	—	
Inträngning af främ. kroppar . . . . .	—	—	5	1	6	5	1	—	—	—	—	—	—	
Hæmatoma traumat. . . . .	—	—	3	3	6	3	3	—	—	—	—	—	—	
Summa	57	34	898	445	950	479	396	77	33	24	18	23	8	53

Karl Schüller  
Andre Läkare.





Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjuktes ålder			Operationens utgång					Anmärkingar.	
			under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.		
Osteotomi . . . . .	1	Hallux valgus . . . . .	—	1	1	1	—	—	—	—	—	
Sequestrotomi . . . . .	5	Necrosis . . . . .	2	1	2	5	—	—	—	—	—	
Operation för Pseudarthros . . . . .	1	Pseudarthrosis tibiae . . . . .	—	1	1	1	—	—	—	—	—	
Trepanatio cranii . . . . .	4	Fractura complic. cranii . . . . .	2	1	1	4	—	—	—	—	—	
" sinus frontalis . . . . .	2	Empyema . . . . .	—	2	2	1	1	—	—	—	—	
Operation för . . . . .	21	Osteitis vel caries . . . . .	15	6	—	20	1	—	—	—	—	
Resection af " öfverkåk (total) . . . . .	1	Sarcoma . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	2	Cancer . . . . .	—	2	—	2	—	—	—	—	—	
Operation för . . . . .	4	Periostitis supp. . . . .	1	3	—	4	—	—	—	—	—	
Brisement forcée . . . . .	2	Snedläkt fractur . . . . .	—	2	—	2	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	2	Curvatura rachitica . . . . .	2	—	—	2	—	—	—	—	—	
<b>Operationer å ledgångar, senor och senskidor.</b>												
Exarticulation i handled . . . . .	1	Dilaceratio manns . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
i tå- och fingerleder . . . . .	2	Osteochondroma . . . . .	—	2	—	2	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	1	Amputations neurom . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	4	Gangrena . . . . .	—	3	1	4	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	1	Ulcus . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	4	Osteitis tubercul. . . . .	—	3	1	4	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	1	Hallux valgus . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	2	Vulnus ictum vel sclopetar. . . . .	—	2	—	2	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	2	Fractura complicata . . . . .	—	2	—	2	—	—	—	—	—	
" " . . . . .	1	Contractura digiti . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	Höggradig.



Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjuktes ålder.			Operationens utgång					Anmärkningar.	
			öfver 55 år.	16-55 år.	under 15 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.		
Transplantation (Thiersch)	1	Ulcus anticeruris		1		1						
Plastisk operation af . . .	1	Cicatrices . . .		1		1						
" " " " . . .	1	Fistula laryngis		1		1						
" " " " . . .	1	Syndaetyli . . .		1		1						
<b>Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.</b>												
Exstirpation af . . .	62	Lymfkörtlar . . .		12	49	1	61	1				
" " " " . . .	5	Carcinom . . .		3	2	5						
" " " " . . .	4	Sarcom . . .		1	3	4						
" " " " . . .	2	Angiom . . .		1	1	2						
" " " " . . .	1	Papillom . . .		1	1	1						
" " " " . . .	2	Fibrom . . .		2	2	2						
" " " " . . .	1	Fibrosarcom . . .		1	1	1						
" " " " . . .	3	Lipom . . .		2	1	3						
" " " " . . .	1	Granulom . . .		1	1	1						
" " " " . . .	2	Cysta . . .		2	1	2						
" " " " . . .	2	Verruca . . .		1	1	2						
<b>Operationer å hufvud och hals.</b>												
Excision af . . .	2	Fistula colli . . .		1	1	2						
" " " " . . .	3	Cancer lingue . . .		2	1	3						
" " " " . . .	2	Psoriasis " . . .		1	1	1						
Operation för . . .	1	Torticollis spastica		1	1	1						
Cricotracheotomi . . .	1	Stenosis laryngis . . .		1	1	1						Genomskärning af muse. splenius capitis.



Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukas ålder		Operationens utgång.					Anmärkningar.	
			under 15 år.	16—55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.		
											öfver 55 år
Radikaloperation	2	Hernia lineæ albæ . . . . .	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Cholecystotomi . . . . .	1	Icterus chronic . . . . .	—	1	—	—	—	—	1	—	—
" . . . . .	1	Cholel. + Emp. vesic. felleæ . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Operation för . . . . .	1	Abscessus subphrenicus . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—
<b>Operation å bäcken och manliga genitalia.</b>											
Operation för . . . . .	11	Ändtarmsfistel . . . . .	—	11	11	—	—	—	—	—	—
" . . . . .	16	Hæmorrhoidal tumör . . . . .	—	15	1	16	—	—	—	—	—
Dilatation forcée . . . . .	8	Fissura vel Contractura ani . . . . .	1	6	1	8	—	—	—	—	—
Amputation af ändtarm . . . . .	2	Cancer recti . . . . .	—	1	1	2	—	—	—	—	—
Sectio alta . . . . .	3	Lithiasis vesicæ . . . . .	—	1	2	3	—	—	—	—	—
Lithotripsi . . . . .	1	" . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Litholapaxi . . . . .	1	" . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Yttre urethrotomi . . . . .	1	Ruptura urethræ totalis . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Operation för . . . . .	7	Phimosi . . . . .	4	2	1	7	—	—	—	—	—
" . . . . .	1	Hydrocele testis . . . . .	—	6	1	7	—	—	—	—	—
" . . . . .	1	Spermatocale testis . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—
" . . . . .	1	Hæmatocele . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—
" . . . . .	2	Varicocele . . . . .	—	2	—	—	—	1	—	—	—
Extraction af . . . . .	1	Calculus urethræ . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—
" . . . . .	2	Cateterstycke i blåsan . . . . .	—	—	1	1	—	—	—	—	—
" . . . . .	5	Tuberculosi . . . . .	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Ablatio testis . . . . .	1	Hæmatocele testis . . . . .	1	4	—	5	—	—	—	—	—
" . . . . .	1	Hypertrophia prostat. . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—
" . . . . .	1	" . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—

Excision i 1 fall; i de öfriga ligaturer.

Circumcisio 3 ggr.  
Excision 1; Punctio + injectio 6.

Exstirpation af . . . . .	10	10	10	10	10	10	10	10	10
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Operation " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Gynecologiska operationer.</b>									
Ovariectomi . . . . .	5	5	5	5	5	5	5	5	5
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Exstirpatio uteri totalis . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Myomectomi . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Exstirpation . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Curettement . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Ögonoperationer.</b>									
Operation för . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ställings operation . . . . .	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Operation för . . . . .	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Starrextraction . . . . .	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Enucleatio bulbi . . . . .	4	4	4	4	4	4	4	4	4
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
" " . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Excision af . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Öronoperationer.</b>									
Öppnande af . . . . .	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Cellulae mastoideae . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Exstirpation af . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Per laparotomiam.  
Extraperitonealstjälkbehandling.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukas ålder.		Operationens utgång.					Anmärkingar.	
			under 15 år.	16-55 år.	god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.		
											öfver 55 år.
<b>Öfriga operationer.</b>											
Utskrapning af	10	Tuberculösa sår o. abscesser	9	1	10	—	—	—	—	—	Utskrapp. + Termocauteris. Punctio + inject. jodofonii.  Termocautersation.
" "	16	Lymphiadenitis suppurat.	13	2	16	—	—	—	—	—	
Operation för	9	Lupus . . . . .	1	8	9	—	—	—	—	—	
" "	15	Abscessus frigidis . . . . .	9	6	15	—	—	—	—	—	
" "	16	Nageltrång . . . . .	2	14	16	—	—	—	—	—	
" "	6	Carbunculus . . . . .	—	4	6	—	—	—	—	—	
" "	2	Hæmatoma . . . . .	—	1	2	—	—	—	—	—	
" "	6	Spondylitis . . . . .	—	6	6	—	—	—	—	—	
" "	2	Onychomycosis . . . . .	—	2	2	—	—	—	—	—	
Excision af	1	Ulcus pedis . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	
Utskrapning af	1	Gummata . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	
" "	1	Cancer pedis . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	
Summa	699		163	450	86	660	18	4	17	—	

Sålunda ha å patienter, som längre eller kortare tid legat å sjukhusets kirurgiska afdelning utförts . . . . . 699 operationer.  
 Å polikliniska patienter ha utförts . . . . . 730 operationer.

Dessutom ha af de till flera hundratal uppgående å polikliniken utförda mindre kirurgiska ingreppen endast hunnit antecknas . . . . . 145.  
 Summa 1429 operationer.

Karl Schüller  
 Andre Läkare.

# Rapport

öfver operationer polikliniskt utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska Afdelning år 1895.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
<b>Operationer å Ben.</b>								
Amputation af fingrar och tår	19		19	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
Osteotomi	1		1	—	—	—	—	
Uppmejsling af	1		1	—	—	—	—	
Sequestromi	5		5	—	—	—	—	
Utskrapning af ben	2		2	—	—	—	—	
" " " "	17		17	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
" " " "	"		"	—	—	—	—	
Trepnation af öfverkåken	5		5	—	—	—	—	
Operation för	1		1	—	—	—	—	
" " " "	10		10	—	—	—	—	
<b>Operationer å ledgångar, senor och senskidor.</b>								
Exarticulation af fingrar o. tår	4		4	—	—	—	—	
Vulnus lacerat. vel ictum	4		4	—	—	—	—	



Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Exarticulation af fingrar o. tår	1	Arthritus tuberculosa	1	—	—	—	—	—
" " "	1	Anchylosis digiti.	1	—	—	—	—	—
" " "	3	Enchondroma digiti.	3	—	—	—	—	—
Arthrotomi	1	Arthritus supp.	1	—	—	—	—	—
Utskrapning för	3	" tuberc.	3	—	—	—	—	—
Ledpunktion + sköljning	1	Synovitis chron.	1	—	—	—	—	—
Reposition af	22	Luxatio humeri	22	—	—	—	—	—
" "	6	" cubiti	6	—	—	—	—	—
Sen- och muskelsöm	30	Vulneta incisa	30	—	—	—	—	—
Tenotomi	3	Pes varo-equinus	3	—	—	—	—	—
Operation för	1	Tendovaginitis tuberc.	1	—	—	—	—	—
" "	6	Bursitis	6	—	—	—	—	—
" "	12	Ganglion	12	—	—	—	—	—
Extension forcée	2	Contractura genu	2	—	—	—	—	—
Redressement forcée	2	Pes varo-equin. cong.	2	—	—	—	—	—
Genomskärning af fascia plantaris	4		4	—	—	—	—	—
" "	1	Pes varo-equinus	1	—	—	—	—	—
<i>Plastiska operationer.</i>								
Plastiska operationer	2	Labium leporinum	2	—	—	—	—	—
" "	1	Klutvet öra	1	—	—	—	—	—
" "	1	Till fyllande af benhålan	1	—	—	—	—	—
<i>Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.</i>								
Exstirpation af	8	Lymfkörtlar	8	—	—	—	—	—
" "	17	Canceroid	17	—	—	—	—	—

Exstirpation af . . . . .	10	Cancer . . . . .	10
" . . . . .	4	Sarkom . . . . .	4
" . . . . .	88	Cystor . . . . .	88
" . . . . .	5	Adenom . . . . .	5
" . . . . .	28	Angiom vel Teleangiect.	28
" . . . . .	3	Papillom . . . . .	3
" . . . . .	10	Fibrom . . . . .	10
" . . . . .	3	Lipom . . . . .	3
" . . . . .	7	Granulom . . . . .	7
" . . . . .	2	Keloid . . . . .	2
" . . . . .	1	Cornu cutaneum . . . . .	1
" . . . . .	12	Verruca . . . . .	12
" . . . . .	3	Nævus . . . . .	3
" . . . . .	1	Cicatrix . . . . .	1
" . . . . .	2	Tuberc. doloros. . . . .	2
Utskrapning af . . . . .	23	Suppurende lymfom . . . . .	23

### Operationer å hals.

Tonsillotomi för . . . . .	43	Hyperthrophia tonsillar. . . . .	43
Operation för . . . . .	6	Epulis . . . . .	6
" . . . . .	2	Ranula . . . . .	2
" . . . . .	37	Näspolyp . . . . .	37
" . . . . .	20	Adenoïda Vegetationer . . . . .	20
" . . . . .	1	Retropharyngeal abscess . . . . .	1
Briseinent forcée . . . . .	1	Kieferklemme . . . . .	1
Tracheotomi . . . . .	1	Croup . . . . .	1

### Operationer å bröst och buk.

Thoracotomi + Resectio costæ . . . . .	1	Pyopneumothorax . . . . .	1
" . . . . .	1	Empyema pleuræ . . . . .	1
Exstirpation af bröstkörtel . . . . .	1	Cancer mammæ . . . . .	1
Operation för . . . . .	1	Mastitis supp. . . . .	1

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
<i>Operationer å bäcken och manliga genitalia.</i>								
Operation för	2	Prolaps ani	2	—	—	—	—	Termocauterisation.
" "	1	Atresia ani	1	—	—	—	—	
" "	4	Fistula "	4	—	—	—	—	
" "	22	Fissura vel contract. ani	22	—	—	—	—	
" "	2	Stricture ani	2	—	—	—	—	
" "	3	Phimosis	3	—	—	—	—	
" "	4	Paraphimosis	4	—	—	—	—	
" "	15	Hydrocele testis	15	—	—	—	—	
Extraction af	1	Sten i urethra	1	—	—	—	—	Enkel punktion i 9 fall.
Dilatation af urmrötet	10	Stricture urethrae	10	—	—	—	—	
<i>Operationer å kvinnliga genitalia.</i>								
Operation för	1	Polypus urethrae	1	—	—	—	—	
<i>Ögonoperationer.</i>								
Stillings operation	7	Dacryocystitis	7	—	—	—	—	
Operation för	1	Trichiasis	1	—	—	—	—	
" "	13	Chalazion	13	—	—	—	—	
" "	1	Ptoxis	1	—	—	—	—	
" "	6	Strabismus	6	—	—	—	—	
" "	1	Entropium	1	—	—	—	—	

**Öronoperationer.**

Operation för . . . . .	5	Näspolyp . . . . .	5
Uppmejsl. af cellul. mast. . . . .	1	Cholesteatom . . . . .	1
" " . . . . .	7	Otitis media . . . . .	7
" " . . . . .	3	Osteitis proc. mastoid . . . . .	3

**Öfriga operationer.**

Operation för . . . . .	20	Lupus . . . . .	20	Utskrapning + Termocauterisation.
" " . . . . .	8	Inväxt nägel . . . . .	8	
Utskrapning af . . . . .	6	Tuberculösa fistlar och sår . . . . .	6	
" " . . . . .	28	Tuberculösa abscesser . . . . .	28	
" " . . . . .	8	Carbunkel . . . . .	8	
" " . . . . .	1	Gummata . . . . .	1	
" " . . . . .	1	Granuloma fungoides . . . . .	1	
" " . . . . .	6	Sänkingsabscess . . . . .	6	
Extraction af . . . . .	27	Främmande kroppar . . . . .	27	Punktion + jodoforminjektion.
Summa	730		730	

Antalet besökande å polikliniken har under året uppgått till 36,244 eller i medeltal 122 per dag.

På icke ordinarie mottagningstider ha inkommit och behandlats 2,055 skadade personer.

Af skador som å polikliniken behandlats ha endast följande hunnit antecknas:

Näsblödning (tamponad) . . . . .	1
Främ. kroppar i svalg eller strupe . . . . .	2
Struma (jodoformeterinjektion) . . . . .	4
Luxatio humeri . . . . .	17
" cubiti . . . . .	10
" ulnæ . . . . .	1
" pollicis . . . . .	1
Fractura claviculæ . . . . .	10
" scapulæ . . . . .	1
" humeri . . . . .	11
" olecrani . . . . .	3
" antibrachii . . . . .	13
" radii . . . . .	60
" costæ . . . . .	1
" femoris . . . . .	1
" fibulæ . . . . .	1
" digit. pedis . . . . .	1
Paraphimosis (reposition) . . . . .	6
Bräck (Taxis) . . . . .	6
	Summa 145

Dessutom ha å polikliniken utförts hundratals mindre kirurgiska ingrepp såsom incision + canalisation af phlegmone, incisioner och utskrapningar af panaritier, karbunklar och furunklar, extraction af mindre främmande kroppar, anläggande af gips- och spjelförband, suturering af sår, ledpunktioner, sonderingar etc. etc.

*Karl Schiller*

Andre Läkare.

## Af opererade hafva 17 aflidit:

N<sup>o</sup> 1. En 46 års man 5 dagar efter Nephrotomi för pyonephros af pyæmi, som dock redan fanns före operationen.

N<sup>o</sup> 2. En 47 års qvinna 6 dagar efter operation för inklämdt cruralbräck af hjertparalysi (sen kloroformdöd).

N<sup>o</sup> 3. En 49 års man 42 dagar efter tracheotomi för larynxstenos orsakad af inoperabel cancer oesophagi af kräftkakexi + bronchopneumoni.

N<sup>o</sup> 4. En 5 års gosse 2 mån. efter kilosteotomi för ankylotiskt krokigt knä af Croup.

N<sup>o</sup> 5. En 53 års man 12 dagar efter exstirpation af ett Hygroma olecrani af Influenza + bronchopneumonia bil.

N<sup>o</sup> 6. En 37 års man 6 dagar efter operation för varicocele af hjertparalysi (sen kloroformdöd?).

N<sup>o</sup> 7. En 20 års man 7 dagar efter laparotomia explorativa för Cancer ventriculi et peritonei af kraftnedsättning.

N<sup>o</sup> 8. En 42 års man 6 mån. efter höftledsresection för coxitis af tuberkulös kakexi.

N<sup>o</sup> 9. En 28 års qvinna, 3 dagar efter operation för perityphlitis suppurativa af peritonitis supp.

N<sup>o</sup> 10. En 62 års qvinna 2 mån. efter Radikaloperation för inklämdt brandigt cruralbräck af sepsis orsakad af en subphrenisk abscess + ett litet afkapsladt empyema pleuræ.

N<sup>o</sup> 11. En 27 års man 14 dagar efter uppmejsling af femur för akut osteomyelitis af sepsis.

N<sup>o</sup> 12. En 48 års qvinna 4 dagar efter ovariotomi för cancer ovarii af ileus. Anlagd anus præternaturalis hade ingen effekt.

N<sup>o</sup> 13. En 55 års man 5 dagar efter amputation af underbenet för sönderslitning (jernvägsskada) af foten af septichæmi uppkommen genom brand i amputationsstumpen.

N<sup>o</sup> 14. En 62 års qvinna 2 dagar efter anläggande af anus præternaturalis för ileus af nämnda sjukdom, enär gm operat. ej åsyftadt resultat vanns.

N<sup>o</sup> 15. En 52 års man 6 dagar efter laparotomi för volvulus flexuræ sigmoideæ af ileus uppkommen genom en efter operat bildad knick på tarmen.

№ 16. En 11 års gosse 18 dagar efter uppmejsling af tibia för akut osteomyelit af pyæmi.

№ 17. En 63 års man  $1\frac{1}{2}$  dygn efter cholecystotomi för kronisk icterus. Någon bestämd dödsorsak kunde ej påvisas. Hade visserligen en rätt stark efterblödning inåt gallblåsan och utåt förbandet, men som det tycktes för liten blödning att framkalla exitus letalis.

Dödsprocenten af de opererade utgör 1,2 %.

*Karl Schiller*

Andre Läkare.

Af icke opererade hafva 14 aflidit.

N<sup>o</sup> 1. En 32 års man, inkommen för Vulnus incisum colli (conamen suicidii) af pneumoni.

N<sup>o</sup> 2. En 41 års qvinna, som inkom med gangræna antieruris + Vitium organ. cordis af septichæmia.

N<sup>o</sup> 3. En 65 års man, som inkom för peritonitis e perforat. ulcus ventriculi, af peritonit.

N<sup>o</sup> 4. En 2 års flicka, som inkom med gangrænöst sår å kinden af pyæmi.

N<sup>o</sup> 5. En 54 års man, som förfrusit båda fötterna, fick brand och dog i pyæmi.

N<sup>o</sup> 6. En 77 års qvinna, som inkom för Fractura colli femoris afled af pneumoni.

N<sup>o</sup> 7. En 20 års man, som inkom för Fractura baseos cranii, af hjernblödning.

N<sup>o</sup> 8. En 10 års gosse, som inkom med bäckenfraktur dog efter 1 dygn af peritonit.

N<sup>o</sup> 9. En 39 års karl, som vid en eldsvåda erhållit utbredda brännskador, dog efter 1 dygn.

N<sup>o</sup> 10. En 46 års man, som inkom med en kolossal karbunkel å nacken + Diabetes, afled efter 3 dygn i sepsis.

N<sup>o</sup> 11. En 43 års man dog efter 6 dagar af svår bäckenfraktur.

N<sup>o</sup> 12. En 57 års man, som inkom för cystitis chron., afled efter 10 dagar af allmän urogenital tuberkulos.

N<sup>o</sup> 13. En 51 års man, som inkom med phlegmone å halfva sidan af thorax, dog efter 2 dagar af sepsis.

N<sup>o</sup> 14. En 70 års man, som inkom för urinretention + prostatahypertrofi afled efter 1 dygn af Ileus.

*Karl Schiller*

Andre Läkare.



## 1895. Skadade genom olyckshändelse.

Orsaker: Fall på marken, utför trappor och från ställningar . . . . .	138
skadade å fartyg . . . . .	21
„ „ jernväg . . . . .	2
„ gm åkning eller körning . . . . .	27
„ „ tröskverk och landbruksredsk. . . . .	3
„ „ sågverk och andra maskiner . . . . .	5
„ „ nedfallande föremål . . . . .	46
„ „ djurs åverkan . . . . .	7
„ „ annan person . . . . .	18
„ „ sprängning . . . . .	3
„ „ skjutvapen . . . . .	2
„ „ kälk- e. skridskoåkning . . . . .	10
„ „ yxa . . . . .	6
„ „ knif . . . . .	8
„ „ klämning . . . . .	7
„ „ förfrysning . . . . .	5
„ „ förbränning . . . . .	8
„ „ skärning på glas . . . . .	1
	<hr/>
	Summa 307

Af dessa hafva 7 personer affidit.

Dödsorsakerna hafva varit:

- 1) Congelatio cum gangræna + pyæmia. 2) Fractura colli femoris + pneumonia. 3) Fractura baseos cranii. 4) Fractura pelvis. 5) Combustio. 6) Fractura pelvis. 7) Dilaceratio anticurris cum gangræna + Septichæmia.

*Karl Schiller*

Andre Läkare.

Summariskt sammandrag af årsrapporterna från  
Kirurgiska afdelningen under 1882—1895.

År	Antal vårdade sjuke	Döde	Antal operatio- ner	Intagna iföljd af olyckshän- delse	Antal sjukbesök på polikli- niken
1882	— 738	— 25	— 206	— 278	—
1883	— 824	— 35	— 462	— 212	—
1884	— 833	— 42	— 516	— 241	— 11500
1885	— 896	— 40	— 512	— 251	— 12900
1886	— 891	— 43	— 561	— 187	— 13000
1887	— 907	— 27	— 632	— 305	— 14500
1888	— 917	— 45	— 749	— 335	— 17391
1889	— 1062	— 49	— 953	— 308	— 19305
1890	— 1164	— 47	— 1102	— 270	— 22294
1891	— 1111	— 33	— 1137	— 300	— 24392
1892	— 1161	— 43	— 1255	— 302	— 28763
1893	— 1265	— 35	— 1240	— 228	— 27218
1894	— 1238	— 58	— 1382	— 272	— 35872
1895	— 1261	— 38	— 1429	— 307	— 36244

Summarisk sammandrag af Aarsrapporten for  
Kjøbmandskabsforeningen under 1882-1883.

År	Indtægt af Aarsindtægter	Udgift af Aarsudgifter	Saldo	År	Indtægt af Aarsindtægter	Udgift af Aarsudgifter	Saldo
1882	728	308	420	1887	907	377	530
1883	824	482	342	1888	917	45	872
1884	935	518	417	1889	1002	43	959
1885	808	512	296	1890	1184	47	1137
1886	891	48	843	1891	1111	38	1073
1887	907	377	530	1892	1181	43	1138
1888	917	45	872	1893	1205	43	1162
1889	1002	43	959	1894	1278	378	900
1890	1184	47	1137	1895	1338	68	1270
1891	1111	38	1073	1896	1433	38	1395
1892	1181	43	1138				
1893	1205	43	1162				
1894	1278	378	900				
1895	1338	68	1270				
1896	1433	38	1395				

Indtægterne af Aarsindtægter er indkomne af følgende:

1. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1882-1883 728

2. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1883-1884 824

3. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1884-1885 935

4. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1885-1886 808

5. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1886-1887 891

6. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1887-1888 907

7. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1888-1889 917

8. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1889-1890 1002

9. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1890-1891 1184

10. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1891-1892 1111

11. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1892-1893 1181

12. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1893-1894 1205

13. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1894-1895 1278

14. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1895-1896 1338

15. Af Aarsindtægter af Medlemmerne 1896-1897 1433

## Kirurgisk kasuistik.

Af Karl Schiller.

Fall 1. *Lipoma mesenterii, laparotomi + extirpation, död efter 14 dagar af hjärtparalysi.*

Drängen J. A., 40 år, intogs den  $\frac{20}{6}$  1894.

*Anamnes:* Har alltid varit frisk tills mot slutet af år 1893, då han kände "en viss oro i magen" och fick trög afföring. Vid jultiden iakttog han en knöl i buken i trakten af nafveln. Den märktes så mycket tydligare, som pat. ofta måste laxera, då tumören blef lättare kännbar. Buken har så småningom tilltagit i volym och under sista tiden generat honom under arbete. Några smärtor hafva ej försports, endast obetydlig ömhet kring nafveln. Däremot har han besvärats af en känsla af fyllnad i magen, isynnerhet efter intagen föda. Aptiten har blifvit dålig och afföringen så trög, att laxantia ofta måst tillgripas. Hullet har sista tiden betydligt reducerats.

*Status præsens.* Pat., som är groft och starkt byggd, är mager, men ej kakektisk. Allmänna tillståndet godt. Buken högst betydligt, men likformigt uppdrifven. Måttet kring nafveln 110 ctmr. Åtskilliga hudvener afteckna sig tydligt. I nedre delen af buken palperas en betydlig tumörmassa, sträckande sig nedifrån symfyssen uppåt till jämnhöjd med nafveln, åt höger nående ungefär till mammillarlinien; åt venster utfyller den hela venstra halfvan af buken till lumbalregionen. Ofvanför denna tumörmassa kännes en insänkning och därofvan vidtager en ny tumörliknande resistens, möjligen utgörande fortsättning af den förra, sträckande sig upp under venstra bröstkorgranden. Hela den stora tumörmassan kännes någorlunda jämn, halffast till sin konsistens, ingenstädes hård eller fluktuerande. Perkussionstonen öfverallt matt utom i epigastrium och högra hypokondriet, där den är starkt tympanitisk. Tumörmassan ändrar ej läge vid olika kroppslägen, och dämpningsgränserna förblifva äfven därvid desamma, så att någon ascitesvätska tyckes ej förefinnas; dock erfar man en

fluktuationsliknande känsla vid anslag från ena mammillarlínen mot den andra. Ingenstádes några ansválda körtlar. Per rectum káennes íntet abnormt. Frán öfriga organ íntet att anmärka.

*Diagnos:* Lipoma (utgánget frán oment eller mesenterium).

d. <sup>27</sup>/<sub>6</sub>. *Laparotomi.* Incision i medellínen frán naveln till symfyssen, hvilken sedan måste förlángas uppåt till proc. ensiformis. Efter bukhálan öppnande befanns hela tumörmassan, som íntog mellersta och venstra delen af buken, ligga retroperitonealt samt hafva skjutit tarmarne öfver åt höger sida. Svulstmassan utgjordes af en hel del större och mindre lipom. Sedan svulstmassans peritonealbekládnad klufvits, utskalades efter hvarandra trenne mer än barnhufvudstora lipom. Dessa, som utgingo frán det retroperitoneala fettet, och af hvilka 2 gingo tätt upp under diafragma, kunde endast med stor svårighet lösas frán omgifvande väfnad till följd af den breda bas, med hvilken de utgingo, och den mängd i svulstmassan ingående kärl, som måste underbindas. En mängd mindre, delvis pedunkulerade lipom, som äfven utgingo frán bakre bukväggen och trakten af mesocolon descendens, exstirperades där-efter. Ett större under colon descendens liggande lipom vågade jag dock ej exstirpera, af fruktan att underbinding af de genom detsamma gående stora tarmkärlena kunnat medföra gangrän af tarmen. Sedan den stora sårhálan peritonealbekládnad blifvit fastsydd vid buksåret och hálan dränerats genom buksåret, slöts detta på vanligt sätt. Operationen hade räckt öfver 3 timmar. Narkosen hade varit mycket orolig, och behöfde pat. stora doser af kloroform och eter för att hållas till och med i lätt narkos.

De uttagna lipomen vägde ínalles 11,3 kilo.

Tillståndet efter operationen var ganska godt. Fick dock på andra dagen temperaturförhöjning till 38,5<sup>o</sup>, som under ett par dagar steg ända till 39<sup>o</sup> (i rectum). Den <sup>6</sup>/<sub>7</sub> eller på 10:de dagen borttogos alla suturerna, och var patienten då afebril och såret fullständigt läkt. En lindrig suppuratíon visade sig dock då i ett par suturkanaler. En ganska riklig mängd serös klar vätska utkom genom dränröret frán sårhálan. Under de närmast följande dagarne blef dock afsöndringen frán sårhálan grumlig och öfvergick så småningom till rent varig. På 11:te dygnet efter

operationen fick patienten ett anfall af hjärt pares, som efter rikliga kamfer- och eterinjektioner häfdes. Sedan var tillståndet tillfredsställande och temperaturen afebril tills på 15:de dygnet, då ånyo ett anfall af hjärt pares instälde sig, hvilket medförde exitus letalis.

*Från sektionen* kan antecknas, att hjärtat var förstöradt med betydlig fettbeläggning på ytan; valvler och mynningar friska, hjärtmuskulaturen af vanlig tjocklek, visade isynnerhet i venstra hjärthalfvan en stark fettdegeneration. Ingen makroskopisk fettdegeneration i lever och njurar. Bukhålan utan tecken till peritonit. Sårhålans väggar med fasta adherenser fastläkta i buksåret. Alla tarmarne skjutna öfver åt höger sida; colon descendens likaledes förskjuten åt höger, ligger nära medellinien. Botten af sårhålan utgöres af en riklig mängd varinfiltrerad fettväf. Under colon descendens, sträckande sig upp under ventrikeln, finnes ett större lipom (ej exstirperbart), samt nere vid bäckenranden ett mindre ungefär apelsinstort, hvilket ej observerats vid operationen.

Fallet i fråga hör till de mera sällan förekommande. Lipom i bukhålan kunna utveckla sig retro- eller intra-peritonealt, i senare fallet utgångna från omentet. De retroperitoneala tyckas vara de vanligare förekommande. Enligt en år 1886 af Terrillon gjord sammanställning af de af honom iakttagna jämte 14 i litteraturen funna fall, utveckla sig dessa svulster antingen i endera af fossæ iliace eller från njurtrakten och då vanligast från den högra (i 13 fall af 15). De skjuta peritoneum, som blir förtjockadt och hyperämiskt, före sig och tränga de framför liggande organen åt sidan, utan att egentligen skada dem. Vanligen ligger colon (ascendens eller descendens) framför dem eller korsar dem. De tyckas förekomma oftare hos kvinnor än hos män. Till sin histologiska byggnad äro de antingen rena lipom (det vanligaste) eller blandnings-svulster, såsom fibro-lipom, myxo-lipom eller sarco-myxo-lipom. Ställandet af diagnosen möter ofta svårigheter, isynnerhet då det gäller kvinnor. Den känsla af fluktuation, man vid anslag å buken erhåller. är förvillande lik den vid ovarialeystor, isynnerhet om lipomet är förenad

med ascites. Endast profpunktioner kunna då bringa klarhet i diagnosen. Vid lipom erhålles med sprutan ingenting, oftast ej ens blod. Prognosen har man att ställa ganska allvarsam, enär svulsterna genom sin kolossala storlek, som uppgått ända till 30 kilo, inverka störande på nutritionen. Ett operatift aflägsnande af svulsten är naturligen den enda utvägen, men tyvärr tyckes utgången i de flesta fall blifva letal. Att så blef händelsen äfven här, torde väl få skrivas på narkosens räkning, operationen räckte, som nämndt, i 3 timmar, och det behöfdes mycket kloroform för att bringa pat. i narkos och sedan stora mängder eter för att underhålla densamma.

Fall 2. *Pyelitis + uretheritis cum stenose + Cystitis (Tuberculosis).*

Hustru A. L. 40 år, intogs å sjukhuset den 6/7 95.

*Anamnes:* Genomgick partus för 2 år sedan. Har förut alltid varit frisk. Under sista tiden af graviditeten besvärades pat. ofta af svåra smärtor i underlivet. Efter förlösnings lättade plågorna, men i stället började urinen afgå ofrivilligt, isynnerhet nattetid, då pat. ej ens kunnat hålla urinen. Under dagarne har hon lyckats tämligen hålla urin. Denna har varit grumlig och uppblandad med liksom hvita slamsor, däremot aldrig blodig eller hållit grus. Inga smärtor vid urinering; endast någon gång sveda. De sista 4 månaderna har pat. besvärats af värk och smärtor i venster sida af buken och korsryggen, smärtan har sista tiden ytterligare ökats i intensitet. Inkontinensen har fortfarit. Ibland har det lyckats att hålla urinen, men har urineringen efteråt alltid varit värre, så att pat. måst krysta länge, innan urineringen kommit i gång. Har sista tiden magrat af betydligt och ofta haft frossbrytningar med efterföljande svettning.

*Status præsens:* Pat. som ser blek och klen ut, är mycket mager; aptiten dålig; temperatur afebril. Hon klagat ständigt öfver svår värk i venstra lumbalregionen och i venstra delen af buken samt har ibland sveda vid urineringen, som rätt ofta påkommer. Från bröstorganen intet abnormt. I venster sida af buken kännes, ehuru rätt otyligt, en djupt liggande resistens, som äfven kan palperas

från lumbaltrakten. Den sträcker sig från fossa iliaca sin. upp mot bröstkorgsranden, under hvilken den tyckes försvinna, den kännes jämn och tämligen hård utan fluktuation samt tämligen förskjutbar. I högra njurtrakten ingen tumör palpabel.

Urinen starkt grumlig, illaluktande, ger stark alkalisk reaktion och håller betydligt med varkroppar. Dess dagliga mängd på grund af inkontinensen ej bestämbar.

*Operation* d. 7/7. Snitt längs venstra musc. lumbodorsalis. Sedan njuren fripreparerats, befanns den vara betydligt förstorad samt förskjuten nedåt och framåt. Den hade dock på sin yta ett friskt utseende. Profpunktion gjordes i densamma med negativt resultat och ett insnitt i substansen visade blott frisk njurväfnad. Sedan den nedåt förskjutna njuren med någon svårighet upplyftats, blef det starkt dilaterade njurbäckenet synligt. Detsamma tedde sig som en apelsinstor, starkt utspänd ballong vid njurens nedre ända. Incision gjordes, hvarvid en mängd tunnflytande, grumlig, urinluktande vätska uttrann. Å njurbäckenslemlinnan funnos spår af blödningar, men i öfrigt intet abnormt. Mynningsstället för ureteren kunde med lätthet anträffas, men en i densamma införd knappsond inträngde blott några ctmr, då ett öfvervinnerligt hinder mötte. Sedan njuren medelst genom parenkymet dragna suturer fästats i sitt uppdagna läge, kunde njurbäckenet framdragas och fixeras vid hudsårets nedre parti. Öfre delen af hudsåret slöts.

Tillståndet efter operationen var ganska godt. Från njurbäckenfisteln afsöndrades en riklig mängd urinluktande, grumlig vätska, så att förbandet måste ombytas 2 ggr dgl. Per vesicam afgick emellertid efter operationen ingen urin, och genom införd kateter uttappades blott ett par matskedar tjock, varig urin. Ett par gånger efter operationen gjordes lätta försök att sondera ureteren, men stötte sonden alltid på öfvervinnerligt hinder efter att hafva införts några ctmr. Försök att medelst kanyl spola färgad vätska genom ureteren misslyckades också. Under hela tiden, pat. låg på sjukhuset efter operationen, läts ingen urin spontant per vesicam. Blåsan tappades dagligen, men uttömdes därvid blott en obetydlig mängd varliknande vätska. Vårken i ryggen och sidan, som före operationen varit nästan olidlig, upphörde emellertid efter densamma, så att pat. åtminstone i det afseendet kände sig förbättrad. Däremot kunde den nyförvärfvade urinfisteln i ryggen dess värre



ej annat än bringa obehag med sig; allra helst som pat. ej hade råd att skaffa sig lämpligt bandage jämte urinbehållare.

I hvad tillstånd den högra njuren befann sig, kunde jag före operationen ej säga något bestämdt om, men ansåg mig dock ej hafva tydliga bevis på, att den undergått någon patologisk förvandling. Den var ej tillgänglig för palpation och några smärtor åt den trakten hade ej förefunnits. På grund af den starka varhalten af urinen kunde man kanske misstänka en pyelit äfven i denna njure, men någon säker diagnos derpå trodde jag mig ej kunna ställa. Tumören i venstra njurtrakten ansåg jag med sannolikhet vara en pyelonefros på tuberkulös basis. Några tuberkelbaciller kunde dock ej påvisas. Då emellertid efter operationen ingen urin afsöndrades per vesicam, utan all urin afgick genom den anlagda njurbäckenfisteln, blef ju det förhållandet klart, att någon urin- afsöndrande höger njure ej fanns. I hvad tillstånd denna befann sig eller om öfver hufvud taget någon njure fanns, torde vara svårt att afgöra. Kongenitalt kan ena njuren saknas, då den andra är hypertrofisk, och detta kan ju hafva varit förhållandet här. Den venstra njuren var i detta fall nästan dubbelt så stor som vanligt, men hade en vanlig njures form och utseende, så att man kan ej tänka på någon kongenital sammanväxning, hvaremot också läget talar. Man kan äfven tänka sig, att den högra njuren genom starka regressiva patologiska förändringar blifvit totalt otjenstbar. I hvilket fall som helst var det tur, att ej någon eller några patologiska förändringar funnos i den venstra njurens substans, hvilka kunnat indicera en nefrektomi, då väl sannolikt en sådan företagits, med hvad utgång säger sig själf.

Fall 3. *Vulnus sclopetarium capitis + fractura complic. cranii (conamen suicidii). Trepanation + uttagning af kulan. Helsa.*

Telegrafvaktmästaren E. W. H. 21 år, hade straxt före intagningen å sjukhuset den  $28/6$  94 begått själfmords-

örsök genom att aflossa ett revolverskott mot högra tinningen.

*Status præsens:* Vid högra tinningen, några ctmr bakom yttre ögonvinkeln, fanns en liten rund såröppning med mörka kanter, ur hvilken blod och hjärnsubstans framträngt. Dessutom å bakre delen af hufvudet ett mindre krossår, antagligen ådraget vid fallet efter skottet. För öfrigt funnos inga spår af yttre skada å hufvudet. Pat. var vid inkomsten sanslös, men hade rätt bra puls.

Sedan mjukdelssåret vidgats, påträffades i kraniet ett rundt, ungefär 10-örestort hål, fylldt med blodkoagel och hjärnmassa. I duran å motsvarande ställe en något mindre såröppning. Såret rengjordes, koagula och den macererade hjärnsubstansen aflägsnades, likaså ett par lösa bensplittor och mindre blyffisor. En lätt sondering gjordes, utan att kulan påträffades. Kanalen efter kulan tycktes af den införda sonden att döma hafva riktningen uppåt åt venster och något bakåt. Sedan en jodoforgasvel inlagts i kanalen, anlades förband.

Tillståndet efter operationen var rätt dåligt. Pat. var mycket orolig och kastade sig från och till i sängen; pulsen hastig, ojämn. Följande dag var tillståndet enahanda, pulsen blott något bättre. På tredje dagen började pat. blifva något bättre, svarade ibland ehuru trögt på frågor, men som det tycktes ganska redigt. Låg stilla och lugn, tog emot föda och tog äfven själf föda till sig. Båda ögonens ögonlock voro starkt ansvälda med subkutana blodutgjutningar samt *höger* ben paretiskt. En förut ej märkt upphöjning syntes på 7:de dagen å venstra sidan af pannan vid hårfästet. Den kändes degig och tedde sig som en svullnad efter ett yttre våld. Då på 9:de dygnet förbandsombyte skedde, hade den förut observerade ansvällningen å pannans venstra del blifvit betydligt större och fluktuerade tydligt. Patientens tillstånd i öfrigt mycket förbättradt. Svarar nu, fast långsamt, på hvarje tilltal. Temperaturen, som förut på qvällen gått upp till 38,5°, är nu afebril. Benet fortfarande paretiskt. I öfrigt inga förlammings symptom. Som det var misstänkt, att kulan kunde ligga bakom eller i den fluktuerande ansvällningen, gjordes incision öfver denna. Ansvällningen befanns då bestå af prolaberad, macererad hjärnmassa, efter hvars aflägsnande en komminut fraktur anträffades af ett 5-öres storlek. Sedan några lösa benbitar bortplockats, anträffades mellan mjukdelarne och benet en ficka, i hvilken utom en

del mörjig hjärnmassa äfven hittades kulan jämte en ungefär 10-örestor pappförladdning. Såret rengjordes därpå, periost med vidsittande benbitar hopsyddes och såret slöts, sen en jodoformgasvel inlagts som dränage. Sår läkningen hade sedan normalt förlopp, och förbättrades tillståndet dagligen. Intelligensen blef fullkomligt klar. Endast paresen i höger ben stod kvar. Pat. kunde visserligen gå, men släpade på foten. Vid utskrifningen den 10/8 voro såren fullständigt läkta. Gången var så mycket bättre, att man knappt märkte någon släpning af foten. Pat. känner sig frisk och kry och påstår sig vara "klarare" och redigare i skallen än förut.

Här föreligger sålunda ett fall, där en kula gått tvärs genom hjärnan utan att framkalla några ödesdigrare följder, hvilket ju lätt förklaras därigenom, att kulan tagit vägen genom båda frontalloberna, som ej innehålla några livsviktiga centra. Att först på 7. de dygnet platsen, där kulan slagit emot och frakturerat andra sidan af kraniet, observerades, torde väl kanske bero på, att mina fingrar vid undersökningen ej kommit att trycka tillräckligt hårdt emot nämnda ställe. Något yttre tecken är jag säker på ej fanns å detta ställe vid inkomsten. Möjligen kunna benbitarne hafva legat bra i läge till en början, men sedan fallit fram iföljd af kulans tyngd jämte det intrakraniela trycket (pat. låg också hela tiden på denna sida).

Fall 4. *Fractura inveterata cranii c. depressione ossis parietalis et temporalis + Aphasia. Trepanation. Helsu.*

Arbetaren A. A., 66 år, intogs den 29 Maj 1894. Blef för 15 dagar sedan sparkad af en häst, hvar efter han förlorade talförmågan.

*Status præsens:* Ofvanför venstra örat kännes en depression af benet af mer än en specieriksdalers storlek. Den är bredare upptill (6 ctmr) samt afsmalnar långsamt nedåt, där den är 3 ctmr bred. Höjden är omkring 8 ctmr. Huden utan tecken till yttre våld.

Intelligensen är fri. Lynnet synes vara normalt. Ingen ökad retlighet. Pat. förstår väl tilltal, åtlyder villigt

befallningar, synes förstå, hvad han läser, men kan ej tala, ej läsa högt och ej skrifva (lär dock förut ej heller kunnat skrifva). De ord, pat. någorlunda kan uttala, äro "ja", "nej" och "det är", ehuru de uttalas mycket långsamt och sluddrande. "Det är" upprepar han flera gånger vid hvarje försök att svara på en fråga, under det han liksom söker finna svaret. Sitt namn kan han endast ytterst otydligt uttala, har lika svårt att säga namn på föremål. I stället för "klocka" säger han något, som närmast liknar "tjocka", fastän mycket suddigt och otydligt uttaldt. Han har lika svårt att läsa. I de ord, han därvid uttalar, finner man dock en viss likhet med de motsvarande orden i boken. Vissa stafvelser uttalas tämligen begripligt. Samma är förhållandet, då man ber honom läsa upp alfabetet. Han kan räkna till 4, men sedan blifva orden obegripliga. Vid uppmaning att skrifva, skref han 2 figurer, som närmast liknade 2 A. Möjligen brukar han teckna sitt namn så, då han ej lär kunna skrifva det. Pupillerna lika stora, reagera för ljus och ackommodation. En lindrig strabismus convergens förefinnes å höger öga. Ingen nedsättning af synen. Hörseln lika nedsatt å båda öronen. Sensibiliteten i ansiktet normal. En obetydlig svaghet i motiliteten förefinnes å höger ansiktshalfva. Tungan fritt rörlig, devierar ej. Motilitet och sensibilitet för öfrigt normala. Möjligen förefinnes en ringa svaghet i höger hand, dock möjligen beroende på en skada å tummen vid samma tillfälle. Reflexerna lika å båda sidor. Blåsa och rectum funktionera normalt. Pulsen å båda sidor kraftig, 68 i freqvens. Från öfriga organ intet att anmärka.

Den  $31/5$  *Trepanation*.

En hudlambå af samma storlek som impressionen lossades öfver densamma med konvexiteten af lambån uppåt. Sedan lambån slagits ned, klöfs muse. temporalis jämte periostet medelst ett korssnitt. Det på detta sätt frilagda benet visade en komminut fraktur med största insänknungen i midten och med därifrån strålformigt utgående fissurer. De i midten liggande benbitarne voro mindre, men så starkt fastkilade vid hvarandra, att man först med mejsel och hammare kunde lösgöra en af dem. Sedan upplyftades medelst elevatorium de öfriga. Ett par mindre bitar måste dock aflägsnas, så att sammanlagdt en 2-öre stor defekt uppstod i midten. Uppåt och bakåt under frakturen låg ett aflängt blodkoagulum af en tum-ändas

form och tjocklek, hvilket bortskrapades. Den underliggande duran var hel och visade tydlig hjärnpulsation. Sedan en jodoformvel inlagts som dränage, slöts såret. Sår-läkningen förlöpte aseptiskt. De första dagarne efter operationen skedde ingen nämvärd förbättring af talet, men sedan började pat. först att eftersäga stafvelser och kortare ord och därpå själfmant uttala sådana. Den  $\frac{8}{6}$  d. v. s. på 9:de dygnet finnes antecknadt: Pat. talar betydligt bättre, men säger sig själf hafva svårt att komma ihåg namn. Han kan ganska bra eftersäga ord och namn på föremål och personer, men skall han själf säga dem, har han mycket svårt att komma på dem samt glömmer ganska snart namn, som han nyss uttalat. Bokstäfverna kan han läsa upp, men kan ej kombinera dem till ord; små korta ord kan han dock någorlunda läsa.

Den  $\frac{25}{6}$ . Talar nu ganska obehindradt, men har något svårt att minnas namn. Såret fullständigt läkt. Ser nu ej längre dubbelt såsom förut. Minnet ännu mycket klen. Då han utskrefs d.  $\frac{4}{7}$ , funnos inga paretiska symptom. Talet var obehindradt, men minnet för namn ännu dåligt. För öfrigt var pat. pigg och kry.

Egendomligt var, att ej några tydligare paretiska symptom från höger arm och ben uppstått, då dels impressionen öfver deras centra var ganska djup och dels ett tumändetjockt blodkoagulum låg mellan ben och dura.

Fall 5. *Cancer uteri. Exstirpatio uteri per viam sacral. Helsa.*

Enkan J. Ö., 55 år, intogs å sjukh. d. 19 April 1894.

*Anamnes:* Pat. har genomgått 4 partus, sista gången 1870. Menses upphörde vid 42 års ålder. Har ständigt åtnjutit god helsa tills i slutet af Dec. 1893, då hon började besväras af flytning från vagina. Denna har hela tiden varit riklig, men tidtals, såsom efter ansträngningar, ökats. Den var första tiden gulhvit, men under de sex sista veckorna har den ofta varit brunfärgad och "liksom innehållit grus", dock aldrig varit rent blodig. Ej nämvärdt illaluktande. Har ej haft någon värk eller några smärtor åt underlifvet. Pat. har de sista 2 månaderna magrat af rätt betydligt och blifvit matt och klen.

*Status præsens:* Pat. är blek och mager, men ser dock ej kakektisk ut. Besväras endast af sin flytning från underlifvet. Känner sig utom en tidtals påkommande mattighet rätt frisk. Per vaginam kännes bakre läppen af os uteri ext. knottrig; cervix tyckes vara af normal storlek, likaså uterus, som är rätt rörlig. Parametrierna fria. Vid undersökning med spekulum ses en ulcererande, något blödande tumörmassa intaga den bakre läppen af os uteri och försätta sig in i cervikalkanalen. Den främre läppen synes något ansväld. Uterus låter ej framdraga sig, hvilket tyckes bero på stramning af ligamenta sacro-uterina. Per rectum kännes uterus liksom fixerad vid denna. Från öfriga organ intet att anmärka. Tumörmassan var tydligen en kancer, som borde exstirperas, men att på vaginal väg komma åt den erbjöd så stora svårigheter iföljd af omöjligheten att draga ned uterus, att jag föredrog att försöka den sakrala metoden.

Den  $^{25}/_4$  företogs *operationen*, och hade jag därvid fördelen, att i Doktorerna Neuman och Ek hafva utmärkt assistens. Sedan os coccygis exstirperats och högra hörnet af os sacrum resecerats i jämhöjd med foramen sacral. IV, kom man in på rectum, som med lätthet kunde förskjutas åt sidan; därpå öppnades fossa Douglasii och uterus fattades och framdrogs ehuru med svårighet iföljd af stramningen af lig. sacro-uterina. Lig. lata voro hopskrumpnade och tämligen svåra att afknyta. Efter deras afknytning kunde emellertid uterus lätt framdragas, art. uterinæ fattas och exstirpation ske af uterus jämte öfre delen af vagina. Ligaturerna på lig. lata framdrogos ur peritonealsåret och fixerades, så att de kommo att ligga extraperitonealt. Sedan peritonealhålan slutits med en fortlöpande silkessutur och vagina hopsyts, inlades en jodoformgastampong i såret, hvarpå detta slöts. Temperaturen var efter operationen afebril, och pat. mädde utmärkt hela tiden. Den  $^{16}/_5$  fick hon kläder och utskrefs den  $^{5}/_6$  fullständigt läkt.

Jag har sedan flera gånger haft tillfälle att undersöka pat., och var hon, då jag senast såg henne (början af 1895), ännu recidivfri. Kancertumören befunns vara begränsad till cervix och hade blott obetydligt öfvergått på bakre vaginalväggen.

**Polydipsi och polyuri. Depression af hjärnskålsben.  
Trepanation.**

Af A. Lindh.

5 års gosse, intogs å sjukhuset d. 7 Aug. 1895.

Inga ärftliga sjukdomar inom släkten. Far och mor friska. Själff har pat. varit frisk, tills han för 2 år sedan föll utför en trappa och slog hufvudet mot ett trappsteg. På stället för traumat, där nu en egendomlig mjukhet förefinnes i hjärnskålen (jfr status præsens), uppstod nu en ej fullt valnötstor, fast, ej fluktuerande, ej ömmande knöl. Några symptom af hjärnskakning eller retning förefunnos hvarken omedelbart efter slaget, ej heller sedermera. Svulsten tillväxte ganska raskt, så att den efter ett år hade en diameter af  $1\frac{1}{2}$  tum och en höjd af  $\frac{1}{2}$  tum. Under tillväxten blef den mjuk och fluktuerande. Nu gjordes å kirurg. polikliniken punktion af svulsten, hvarvid en större mängd klar vätska uttömdes. Förnyad punktion efter 3 veckor. Sedan var svulsten försvunnen. För 2-3 månader sedan märkte föräldrarna först hos gossen en oerhörd törst och i samband därmed en betydligt ökad urinafsöndring. För öfrigt förblef det allmänna tillståndet — fränsedt en viss slapphet och tungsinthet, ett något försämradt tal och enuresis nocturna — godt. Aptit och afföring som förut. Inga kräkningar. Ingen hufvudvärk. God sömn.

*Status præsens d. 19/8 1895.* Pat. har sedan inkomsten ej visat några nya sjukdomstecken. Stark polydipsi och polyuri. Den dagliga urinmängden från den 9 till den 19 dennes har varierat mellan 1,000 och 3,750 kbm. Törsten svår och pat. dricker mycket både dag och natt. Enuresis nocturna. Urinen af låg sp. vigt 1,006, eljest normal. Intelligensen tämligen god. Gången förefaller att vara något stapplande och osäker, dock sannolikt ingen ataxi. Kranialnerver utan anmärkning. Synfält normala. Ingen stasispapill. Pupillreaktion normal. Inga bulbär-

symptom. Sensibiliteten öfverallt normal. Smärt-, köld-, värme- och muskelsinnen normala. Reflexerna normala. Ingenstädes några pareser. Temperatur normal. Öfver venstra delen af hjässan, börjande  $5\frac{1}{2}$  ctm. från margo infraorbitalis och sträckande sig öfver en del af pann- och hjässbenet 6 ctm. bakåt, finnes ett nästan cirkelrundt område af 5-6 ctm's diameter, där det palperande fingret möter en mjuk, något fluktuerande yta och en tydlig nedtryckning af benet. Begränsningen af den tvära benkanten är tämligen skarp, dock tycker man sig från periferien känna en fortsättning af de omgifvande hjärnskålsbenen sänka sig under det nämnda, något fluktuerande stället. Ingen ömhet, ingen rodnad förefinnes däröfver. Utom den nämnda defekten och det skarpa framträdandet af benramen däromkring förefaller hufvudskålsbildningen normal. Omkretsen af hufvudet 51 ctm.

Under de första veckorna af patientens vistelse på sjukhuset försöktes med medikamentös behandling såsom bromkali etc. utan något resultat.

<sup>30/8</sup> *Operation.* En lambå af huden öfver det nedtryckta partiet å hjässan bildades med basen nedåt och utåt. Operatören inkom därvid i en cysta, liggande mellan periostet å det nedtryckta området och öfverliggande galea. Ur denna cysta utkom något klar vätska, och en del brunfärgade slamsor utskrapades. Då man befarade infektion från cystahålan, ifall kranialhålan måste öppnas, uppsköts trepanationen, tills huden hade hunnit läkas fast vid underliggande ben. I afvaktan härpå dränerades cystahålan, och hudlambån fastsyddes.

Pat. befann sig efter operationen bra hela tiden, men något välgörande inflytande hade ingreppet dock ej på hans åkomma. Tvärtom ökades urinnängden, så att den  $\frac{4}{9}$  uppgick till 5,000 kbem. och den  $\frac{9}{9}$  till 5,500. Då såret var läkt, gjordes d.  $\frac{16}{9}$  *trepanation.* Incision och lambåbildning som förut. En mindre benlamell, utgörande omkring  $\frac{1}{4}$  del öfver hela depressionen, låg fullt fri från omliggande ben, men omgifven af svålig bindväf. Största delen af denna lamell fick qvarsitta å hudlambån för att befordra benbildning i det blifvande ärrret. Sedan den svåliga väfnaden blifvit aflägsnad, visade sig en ny nära 5-öre stor, mycket tunn benlamell, som fullständigt aflägsnades, hvarpå duran låg blottad under större delen af defekten. Benkanterna rundt defekten voro mycket tjocka, därigenom att tabula vitrea interna skilt sig från tabula



externa, blifvit mera intryckt mot hjärnan och på samma gång skjutit sig ett stycke under den yttre benkanten. Dels med gouchetång dels med mejsel aflägsnades så mycket som möjligt af denna tjocka benvall. Hjärnan pulserade rätt mycket, men duran var naturligen tillföljd af den kroniska inflammationen förtjockad och hård, så att den bibehöll sin nedtryckta ställning efter operationen. Man kunde dock hoppas, att den med tiden borde kunna gifva med sig och minska trycket på hjärnan. Då ingen anledning fanns att misstänka någon sjukdom eller skada å själfva hjärnan, genomskars ej duran, helst man ej onödigtvis ville riskera en hjärnprolaps.

Depressionen var i sin helhet ungefär  $1\frac{1}{2}$  ctm. djup.

Hud- benlambån nedfaldes och fixerades med suturer.

Dränage med jodoformgas.

$\frac{2}{9}$ . Förbandombyte. Såret läkt utom dränhålén. Suturerna borttogos. Pat. har mått bra hela tiden. Ingen feber. Urinmängden ungefär som förut, hvadan operationen ännu ej inverkat på patientens sjukdom.

$\frac{6}{10}$ . Utskrefs pat. läkt. Tillståndet som förut. I Nov. besökte pat. sjukhuset, hvarvid modren med glädje uppgaf, att han nu var något bättre, drack mindre och kastade mindre urin.

I Januari 1896 återsåg jag pat., som då var ungefär lika som före operationen. Drack lika mycket och led af polyuri.

Då man vet, att dessa sjukdomssymptom polydipsi och polyuri ofta hafva sin orsak i någon sjuklighet i hjärnan, så låg det ju nära till hands att antaga, att det icke ringa trauma, som här träffat hjärnskålen, skulle stå i något kausalförhållande till gossens åkomma. Visserligen inträdde ingen förbättring efter den genomgripande operationen, men möjligheten af, att själfva hjärnan i någon mån blifvit skadad vid olyckshändelsen, kvarstår dock, hvarför skäl förefinnes, att vid en kommande operation, som nu blifvit ifrågasatt, undersöka, huru därmed förhåller sig. Naturligtvis kan orsaken till sjukdomen vara att söka på annat håll, men då gossens sjukdomssymptom i längden antagligen blifva för honom odrägliga, torde man icke handla förhastadt, om en ny operation försöktes på samma ställe, den enda misstänkta punkt, som finnes.

## Ileus-fall

Af A. Lindh.

Jag har förut under de sista åren vid flera tillfällen här i läkaresällskapet redogjort för lyckade operationer; nu ber jag få omnämna ett par fall, som tyvärr icke gingo till helsa, men som dock äro af så jämförelsevis sällsynt beskaffenhet, att de förtjena offentliggöras.

1) 19 års yngling, intagen å med. afdelningen d.  $29/10$  95 och öfverflyttad till den kirurgiska d.  $3/11$ .

Pat. sjuknade d.  $26/10$  med kräkningar och smärtor i buken straxt ofvan nafveln. Förut ej lidit af liknande sjukdom, ej heller af annan magsjukdom. Vårdades å medicinska afdelningen några dagar och hade därunder ständiga kräkningar af gallfärgad vätska samt häftiga smärtor i buken. Efter lavemang erhöles riklig öppning den 29 och 30 Okt. och ännu den 1 Nov. afgingo flatus. Sedan dess ingen öppning eller väderafgång trots upprepade lavemang. Buken blef först sista dagarne uppdrifven. Den ömmade mest ofvan nafveln, obetydligt öfver coecaltrakten och flexura sigmoidea. Pulsen var god tills sista dygnet af vistelsen å med. afdelningen, då den blef liten, hastig och mjuk 140. Som diagnosen ansågs osäker (neuralgi i plexus coeliacus eller ileus), öfverflyttades pat. först, då pulsen blef sämre och intern behandling visade sig fåfång, till kirurgiska afdelningen. Vid inkomsten hit var pat. mycket usel. Pulsen liten, mjuk, 140. Buken ganska spänd och ömmande, klagade öfver häftiga smärtor därstädes. Kräktes ideligen och hade ej haft öppning eller afgång af flatus sedan den 1 Nov. Genast efter inkomsten å kirurg. afdelningen d.  $3/11$  gjordes under kloroform-eter-narkos *laparotomi*. Straxt efter bukens öppnande påträffades en sträng, gående från främre bukväggen snedt bakåt och nedåt till nedre delen af ileum (Diverticul. Meckelii). Om denna sträng hade slagit sig och inklämt sig en c:a

25 ctm. lång tarmslynga från öfre delen af ileum; denna sträng afknöts och afklipptes. Tarmarne ofvan inklämningstället starkt utspända, så att incision måste göras, hvarvid flere rondskålar fæces uttömdes. Trots detta mötte likväl rätt stora svårigheter att reponera tarmarne. Intet tecken till gangrän i den inklämnda tarmslyngan kunde iakttagas. Under operationen gafs vattenlavemang med tratt, hvarefter stora lösa afföringar följde.

Efter buksårets hopfästade och operationens avslutande var pat., som fått flera kamferinjektioner, mycket medtagen. Puls 160.

Samma sjukliga symptom, nämligen gallfärgade kräkningar, forforo hela tiden efter operationen till patientens död 24 timmar efter operationen.

#### *Sektion.*

Ingen peritonit. Straxt ofvan utgången af divertikeln från tarmen låg denna i en knick (inflexion), som framkallat ny ileus. Det nedom divertikeln liggande stycket af tarmen, hvilket utgjorde det parti, som legat vridet omkring divertikelsträngen, var gråaktigt missfärgadt. Detta tarmstycke var dock ej hopfallet, ehuru ej så utspändt af gas, som ofvan liggande tarmslyngor.

Som af ofvanstående sjukdomshistoria synes, var pats tillstånd vid operationstillfället ytterligt nedsatt och hjärtverksamheten dålig, hvarför förhoppningarne på en laparotomi — som dock såsom det enda räddningsmedlet borde försökas — icke kunde vara särdeles stora.

Det är dock möjligt, att pat. därmed kunnat räddas, om icke tyvärr ett nytt hinder för tarmpassagen uppträdt i den inflexion, som uppkom i den frigjorda, reponerade slyngan. Det är icke så sällan, som framgången af en för öfrigt lyckad laparotomi för ileus eller en operation för inklämmt bräck förintas just genom dessa "knickekar" på förut inklämnda tarmpartier. För min del åtminstone har jag att beklaga flera sådana fall.

Att diverticulum Meckelii här var den inklämmande strängen ökar naturligen fallets intresse, ty dylika fall tillhöra ju de ovanligare formerna af ileus.

2) 52 års man, intogs d.  $^{25}/_9$  1895 å kirurgiska afdelningen härstädes. Lär 2 gånger förut haft liknande åkomma under de sista 2 åren. Båda gångerna räckte ej anfallen mer än 1 dag och gäfvos med sig efter användande af laxermedel. Sjuknade nu för 3 dagar sedan efter qvällsmaten med häftiga smärtor i hela buken. Använde äfven nu såväl laxerolja som bittervatten, hvilket han uppkräktes. Inkom  $^{24}/_4$  på medicinska afdelningen, där han behandlades med stora vattenlavemang utan effekt. Har icke därstädes kräkts.

Vid öfverflyttningen hit hade pat. god puls och goda krafter samt såg ej synnerligen medtagen ut. Buken öfverallt starkt uppdrifven med öfverallt tympanitisk ton. Ingen resistens palperbar därstädes. Ömmar ungefär lika öfverallt å buken. Genast efter inkomsten gjordes *laparotomi*  $^{25}/_9$ . Efter bukens öppnande presenterade sig den kolossalt utspända, starkt injicierade, något mörkblåa flexura sigmoidea, hvilken utsträckt väl torde haft en meters längd. Den gjorde en svängning upp under epigastrium och låg veckad i form af ett N och var torqverad 2 gånger kring sin rot. Dess serösa beklädnad var öfverallt glänsande fastän mörkblå. Inga gangränösa fläckar kunde någonstädes förmärkas, icke ens på torqveringsstället, hvarför — sedan torsionen uträtats — flexuren reponerades och en tarmsond infördes per rectum. Genom denna uttömdes nu en mängd flatus och tunnflytande fæces från flexuren och groftarmen, hvarefter de förut starkt utspända tarmarne sjönko tillsammans och buksåret kunde tillslutas utan större svårighet.

$^{28}/_9$ . Allmänna tillståndet rätt godt efter operationen. Pulsen, som andra dagen på aftonen var mycket intermittent, är nu full och stark. Buken är uppdrifven, ehuru ej särdeles hård. Flatus afgå och lavemangen komma tillbaka färgade.

$^{30}/_9$ . I går försämrades tillståndet, i det pat. fick häftiga uppkräkningar af grönaktigt, tunnflytande maginnehåll. Häftig hufvudvärk. En företagen magsköljning hindrade några timmar kräkningarne, som dock på qvällen åter instälde sig. Lavemang afgick starkt färgadt och fäkalluktande jämte flatus. Pulsen, som i går var bra, är i dag liten och hastig, hvarför gifves kamferinjektioner. Temperaturen 38.5—38.9°.

<sup>1/10</sup>. Tillståndet i dag ännu sämre. Pulsen knappt kännbar. Kräks fortfarande nästan oupphörligt. Händer och fötter kalla. Död.

*Sektionen* visade, att vid flexura sigmoideas början låg colon descendens i en skarp knick, så att all passage var afstängd. Det ofvanför liggande stycket af colon var utspändt af en tjock, hård fäkalklump, som tryckte mot den nämnda inflexionen, under det att själfva flexuren, som var gråsvart till färgen, låg hopfallen och slapp samt hade tydligen varit fullkomligt atonisk. Ingen peritonit.

Detta fall opererades ju under ganska gynnsamma förhållanden. Patientens allmänna tillstånd var ju jämförelsevis godt, och hjärtverksamheten ännu utan anmärkning. Operationen fördrog också pat. utmärkt väl och befann sig — oafsedt någon intermittens i hjärtverksamheten på andra dagen — de fyra första dagarne efter förhållandena bra nog. Men cirkulationen i flexura sigmoidea, som vid operationstillfället icke företedde någon brand, hade dock ej kunnat återställas till det normala, ty vid sektionen företedde detta tarmstycke sådana symptom, att man kunde vara öfvertygad, att hela stycket fallit i gangrän, om pat. lefvat ett par dagar till. Den nya inflexion, som inträdt, hade äfven förvärrat denna sak, utan att den gifvit anledning till nya ileus symptom.

Efteråt skulle man därför kunna tänka, att det måhända gått bättre, om man resecerat hela flexuren och anlagt en anus artificialis. Tarmsuturer hade väl tagit för lång tid. Till ett sådant ingrepp hade man dock vid operationen svårligen någon anledning, då tarmpartiet icke företedde några symptom af börjande brand.

Hvad man däremot vid operationen kunde befara, var, att denna långa flexur skulle lägga sig tillbaka i sin torsion eller åtminstone bilda någon inflexion. Många kirurger fästa därför också denna tarmslynga efter repositionen med några suturer vid bukväggen för att hindra recidiv af volvulus.

I detta fall kunde man redan före operationen med mycken sannolikhet antaga en volvulus af flexura sigmoidea; ty dels tydde de isynnerhet i början häftiga smärtorna på en strangulations-ileus, dels talade den betydliga meteorismen för, att hindret för passagen befann sig långt ned i tarmkanalen.

Denna ileusform har visat sig vara ganska sällsynt härstädes. Bland den mängd af ileusfall, som förekommit på kirurg. afdelningen sedan min hitkomst, kan jag erinra mig endast ett dylikt fall, hvilket jag också offentliggjort i min ileus-kasuistik (Hygiea 1893.)

### En mera sällsynt form af tuberkulös peritonit.

Af A. Lindh.

Den tuberkulösa peritoniten förekommer i många växlande former. En form, som är mera sällsynt, har jag nu träffat på 4 gånger. Symptomen af en tuberkulös peritonit äro desamma som vanligt, men man märker ej några tecken af exsudat. Tympanitisk ton är ofta vanlig öfver hela bukens framsida, och då man, gör insnitt genom bukväggen för att komma in i bukhålan, så upptäcker man ingen håla. Tarmarne äro sammanvuxna sinsemellan och med bukväggens framsida, så att man måste vara mycket försiktig för att ej skada någon tarm. Försöker man ändock arbeta sig in mellan tarmslyngorna, så skall man finna, att detta icke är någon lätt uppgift, emedan adherenserna äro särdeles fasta och hållbara. Det är dock möjligt att äfven i dylika fall dolda exsudat kunna finnas här och där i buken mellan tarmslyngor, och jag har hört, att en kamrat, som obducerat ett dylikt fall, äfven funnit ett dylikt exsudat väl undangömdt på djupet, men jag har själf ej haft tillfälle göra någon sektion på ett sådant fall, ty alla mina 4 patienter blefvo utskrifna något förbättrade efter operationen, hvilket ju också är egendomligt, då man i dessa fall ej varit i tillfälle att med luft eller annat inverka på någon peritonealhåla.

1) Ogift qvinna, 35 år, intogs å sjukhuset d. 4/11 95. Insjuknade vid nyårstiden med feber och röda fläckar på smalben och knän. Låg till sängs 14 dagar. Straxt efteråt erfor pat. en håll-liknande känsla i högra sidan af buken, hvilken plåga ej sedan släppt efter. Pat. kunde emellertid sköta sitt arbete å fabrik tills i Juni månad, då

hon ånyo blef sjuk med plågor i buken, feber och allmänt illamående. Samtidigt svullnade magen upp och blef stor, så att pat. hade svårt att få kläderna att passa. Intogs då å närmaste länslasarett, där hon vårdades under 13 veckor. Hade där nästan hela tiden feber, som höll sig mellan  $38,9^{\circ}$ — $40^{\circ}$  och blott någon gång gick ned till  $37^{\circ}$ . Efter utskrifningen från lasarettet har pat. ej kunnat arbeta, utan känt sig klen och matt, ofta haft plågor i buken, som varit ömmande såväl vid palpation som vid häftiga rörelser, hosta o. d. Menstruationen har före pat:s insjuknande varit normal, men från Maj — medio af Oktober ingen menstrual blödning.

Vid inkomsten på Sahlgrenska sjukhuset såg pat. mycket sjuklig ut, mager och kraftlös. Buken spänd och något ömmande, men ej i någon betydlig mån uppdrifven. Perkussionstonen öfver allt tympanitisk. Per vaginam kännes portio vagin. uteri liggande långt bakåt och fundus framåt. Bakom denna kändes en enda stor, hård, något ömmande kaka, som från bäckenet sträcker sig uppåt naveltrakten, där den slutar med otydlig gräns på djupet.

<sup>6</sup>/<sub>11</sub>. *Laparotomi.* Tarmarna lågo öfverallt tätt adherenta sinsemellan och till bukväggen och kunde endast medelst dissektion skiljas från denna. I buken kändes en massa större och mindre knölar och knottror och å de synliga tarmslyngorna syntes öfver allt dylika knottror. Genom försiktig dissektion lyckades man komma in ett stycke emellan tarmslyngorna, men, då ingen fri håla upptäcktes, afbröts operationen, jodoformemulsion indröps och såret hopfästades. Ett ytterligare buksnitt gjordes öfver naveln, men förhållandena voro där desamma som vid första laparotomien.

Efter operationen var tillståndet godt och feberfritt hela tiden, och, då pat. utskrefs läkt d. <sup>26</sup>/<sub>11</sub>, kändes den ofvan symfyssen liggande kakan mindre och den per vaginam observerade resistensen mjukare. Pat. kände sig bättre och hade inga plågor.

Den <sup>4</sup>/<sub>2</sub> 96 underrättade pat. genom ett brefkort, att hon hade betydligt förbättrats och hade god förhoppning att blifva fullt frisk.

2) 17 års yngling intogs å sjukhuset d. <sup>7</sup>/<sub>4</sub> 93.  
I början af Mars började buken att tilltaga i volym.



Detta skedde utan någon samtidig värk eller ömhet i den samma. Afföringen, som till en början var fullt normal, blef efter 14 dagar lös. Det körde och gurglade ofta i buken, men han har dock under hela tiden icke haft magplågor. Inga qväljningar eller kräkningar. Andhämtningen har varit något besvärad, och han har hostat ibland. Urinen normal. Modren lär hafva haft svagt bröst.

*Status præsens* d.  $\frac{8}{4}$ . Buken är jämt uppdrifven, dock ej till någon betydligare grad. Vid palpation kännes den hård och fast, hvarför det är omöjligt att göra någon djupare palpation. Vid starkare tryck någon diffus ömhet. Någon tumör kan icke kännas. Perkussionstonen tympanitisk utom i venstra sidan, där den är dämpadt tympanitisk. Intet vågslag. Mjälten når till främre axillarlinien. Lefverns nedre rand befinner sig under bröstkorgranden. Afföringen lös. Från lungorna anmärkes en något kort perkussionston i venstra fossa supraclavicularis och öfver klavikeln samt några få vid hosta framträdande fina hårda rassel. Från hjärtat intet att anmärka. Inga svullna körtlar. Allmänna tillståndet tämligen svagt.

Under den följande tiden var tillståndet ungefär det samma och d.  $\frac{26}{4}$  är antecknad: i fossa supraclavicularis sin. en lindrigt kort ton. Vid hosta framkommer ett hårdt, knattrande rassel. Afföringen ibland lös, ibland fast. Buken är något mera utspänd än förut. Vid djupare palpation kännes resistenser här och där och en tydligt mellan nafveln och symfyssen. Buken dock i sin helhet mycket hård. Perkussionstonen tympanitisk, men nedom nafveln något dämpad.

$\frac{2}{5}$ . Laparotomi först under nafveln och sedermera ett nytt snitt öfver nafveln. På ingendera stället kunde man komma in i någon peritonealhåla. Tarmarne, sammanvuxna med hvarandra och med främre bukväggen, tycktes bilda en enda kaka. Något exsudat kunde ej upptäckas.

$\frac{9}{5}$ . Såren läktes p. p. Suturena borttogos.

$\frac{16}{5}$ . Utskrifves i dag. Buken måttligt uppdrifven, kännes dock hård och knölig. Allmänna tillståndet godt. God matlust och daglig spontan afföring.

Visade sig sedermera under de närmaste månaderna ett par gånger och tycktes förbättras. Har sedan ej låtit höra af sig.

I första fallet är det troligt, att tuberkulosen utgick från någon kronisk inflammation med varbildning i uterus adnexer; i det senare var det ej osannolikt, att primära härden kunde sökas i venstra lungan.

Ytterligare två dylika fall han jag som sagdt sett och opererat under de sista åren, men då de hafva företett ungefär alldeles liknande symptom som de ofvan anförda vill jag ej upptaga utrymmet med att anföra dessa sjukdomshistorier.

**Inklämdt brandigt kruralbräck. Tarmresektion.  
Murphys knapp.**

Af A. Lindh.

Fru B., 60 år, intogs d.  $\frac{2}{8}$  1895. Hade för 16 år sedan haft ett inklämdt gangränöst bräck på venstra sidan. Hon opererades då endast medelst incision, hvarefter en sterkoralfistel en tid qvarstod, men denna läktes så småningom. Sedan den tiden har bräcket fortfarit och bräckband användts. För 2 dagar sedan ny inkarceration. Opererades genast vid inkomsten. Den stora bräcksäcken innehöll en stor mängd klart bräckvatten. En tunntarmslynga låg framme. Denna var genom en fast adherens intimt fästad vid bräcksäcken. Under det genom denna sammanväxning bildade båghalvvet låg tarmlyngan fastklämd. Vid afklippning af adherensen befanns denna utgöra en divertikel af själfva tarmväggen — utan att själfva tarmen var förträngd — således ett minne efter det tarmväggsbräck, som gangränerat för 16 år sedan. Tunnflytande fæces utrunno nu ur detta ställe. Gangrän fanns å båda inklämningsställena å tarmen, hvarför ett 33 ctm. långt tarmstycke resecerades. Tarmändarne förenades med Murphys knapp, hvartill några serosaturer sattes som förstärkning. På grund af en betydlig svullnad i den tillförande tarmlyngans vägg var det förenadt med ej obetydliga svårigheter att inpassa sårkanterna i knappen.

Oafsedt någon feber under de första 3 dagarne var patientens tillstånd godt efter operationen, men d.  $\frac{25}{8}$  framkom ur dränhållet en fäkalt luktande vätska och i förbandet fanns rätt mycket fæces. Pat. har en tid varit något matt och kraftlös, men allmänna tillståndet för öfrigt någorlunda godt.

$\frac{4}{9}$  afgick Murphys knapp per anum, således 32 dagar efter operationen.

13/9. Fæces hafva nu upphört att afgå genom såret, som dock ännu ej är fullt läkt. Tillståndet för öfrigt rätt godt, hvarför pat. i dag utskrifves.

Detta fall af tarmresektion har jag offentliggjort, emedan Murphys knapp därvid användts och fördelarne och nackdelarne af detta instrument nu afhandlas i de medicinska tidskrifterna. Det är redan anmärkt, att knappen med tämlig stor svårighet anlades i detta fall, emedan det ena tarmstyckets sårkanter voro tjocka och svullna. Det är därför mycket troligt, att vanliga tarmsuturer varit bättre på sin plats här, och att anläggande af de samma nog icke tarfvat större tid än knappens anbringade. Det säkra är, att tarmläkningen nog blifvit säkrare med endast suturer. Nu uppkom ju en tarmfistel, som dock lyckligtvis tog sin väg utåt och ej inåt. Att knappen ej afstöttes förrän på 32:dra dagen är också något rätt ovanligt, ty vanligen afgår den mycket förr.

---

**Främmande kropp i larynx på ett 8 månader gammalt barn. Trakeotomi. Hälsa.**

Af A. Lindh.

Under lek med en papperskartong råkade pat. aspirera något främmande föremål i luftvägarne vid 4-tiden på eftermiddagen d.  $12/5$ . Straxt instälde sig en lindrig svårighet att andas och pipande ljud vid respirationen.

Pat. visade sig då och då orolig, men däremellan lugn. Försök att per os utskaffa den främmande kroppen gjordes, men förgäfves, hvarför, då tillståndet förvärrades, pat. samma dag infördes på sjukhuset och opererades kl. 9 på aftonen. Efter genomskärande af cartilago ericoidea och första trakealringen vidgades såret, hvarefter en svamphållare försedd med en mindre svamp infördes genom såret uppåt larynx. På detta sätt lyckades man skjuta upp den främmande kroppen i svalget, hvarefter den lätt uttogs genom munnen och befanns utgöras af en  $1\frac{1}{2}$  ctm. lång järn-bleckbit, böjd i rät vinkel. Den hade användts som förstärkning af papp-kartongens hörn.

Nu infördes en silfverkanyl i trakea.

Efter operationen var pat:s tillstånd godt hela tiden tills utskrifningen d.  $23/9$ . Kanylen uttogs efter 4 dygn.

Främmande kroppar i larynx hos barn, hvilka kroppar måst aflägsnas med trakeotomi, hafva visserligen förut här förekommit 1 à 2 gånger, men då hafva barnen varit äldre. Det ovanliga i fallet är barnets späda ålder, och därför har jag ansett det vara skäl att redogöra för fallet.

## Inkarceration af tunntarmen i fossa duodeno-jejunalis.

Af K. Schiller.

Den <sup>20</sup>/<sub>10</sub> 1895 på natten infördes till sjukhusets kirurgiska afdelning en 29 års man, kroppsarbetare, som under sitt arbete föregående eftermiddag helt plötsligt öfverfallits af häftiga nästan olidliga plågor i buken jämte kräkningar. Tillkallad läkare gaf Mo och remitterade pat. till sjukhuset, dit han inkom 7 timmar efter insjuknandet.

Han företedde då ett utseende, som tydligt angaf, att han träffats af en mycket allvarsam sjukdom. Han var intensift blek i ansiktet med cyanotiska läppar och mycket orolig. Jämrade sig högljuddt öfver häftiga diffusa smärtor i buken och ville jämt och ständigt kasta sig af och an i sängen. Pulsen kändes i början ej, men efter upprepade kamfer- och eterinjektioner samt koksaltinsprutning subkufant kändes en svag, långsam undulation. Buken var ej uppdrifven, men bukbetäckningarne voro rätt spända, och pat. ömmade vid palpation öfver hela buken, utan att någon bestämd ömmande punkt kunde utpalperas.

Vis à vis diagnosen var jag tveksam, om jag hade för mig en perforationsperitonit eller en ileus. Patienten hade enl. uppgift midt under sitt arbete, utan att hafva varit utsatt för något trauma, helt plötsligt så att säga slagits till jorden af de häftigt påkomna buksmärtorna. Den häftigt påkomna kollapsen talade i mitt tycke mer för en diffus peritonit, uppkommen vare sig från ett perforerande ulcus ventriculi eller från en perforerande gangränös appendicit. Den lilla puls, man kunde känna, var dock ej påskyndad, utan snarare förlångsammad, hvilket föreföll mig besynnerligt. Att vid en ileus erhålla en så svår kollaps efter blott några timmars sjukdom, syntes mig ock svår-

tydt. I hvilket fall som helst ansåg jag enda utvägen till någon räddning vara i ett operatift ingrepp, om ock detta på grund af pat:s eländiga tillstånd hvarken hade stor utsikt att lyckats eller var för mig lockande att utföra. Då emellertid pat. själf önskade att blifva opererad, beslöt jag mig därför, trots den usla prognosen. Som jag ej vågade gifva den så godt som pulslösa patienten någon som helst narkos af fruktan för ögonblicklig exitus, tvangs jag till den allt annat än afundsvärda lotten att utföra en laparotomi på en icke narkotiserad patient.

Snitt lades i linea alba straxt nedom nafveln. Ingen peritonit förefanns. En blåröd, måttligt spänd tunntarmslynga påträffades genast, och, sedan jag följt den ett stycke uppåt, påträffades orsaken till den häftiga kollapsen; den bestod däri, att i den ovanligt starkt utvecklade fossa duodenojejunalis en tunntarmslynga blifvit fastklämd och passagen i tarmen därigenom totalt afstängd. Fossan var så stor, att en täml. lång tarmslynga inklämts ända in till mesenterialroten. Först efter uppklippning af fossan kunde tarmen utdragas. Tarmen visade intet anmärkningsvärdt i afseende på serosan, och cirkulationen i densamma kom snart åter i gång, hvarpå tarmen reponerades och buksåret slöts.

Tillståndet efter operationen förblef dock det samma som förut. Någon förbättring af pulsen kunde ej åstadkommas, och pat. afled kl.  $\frac{1}{2}$  8 på morgonen d. v. s. omkring 6 timmar efter operationen.



ek



tydt. I hvilket fall som helst ansåg jag enda utvägen till någon räddning vara i ett operatift ingrepp, om ock detta på grund af pat:s eländiga tillstånd hvarken hade stor utsikt att lyckats eller var för mig lockande att utföra. Då emellertid pat. själf önskade att blifva opererad, beslöt jag mig därför, trots den usla prognosen. Som jag ej vågade gifva den så godt som pulslösa patienten någon som helst narkos af fruktan för ögonblicklig exitus, tvangs jag till den allt annat än afundsvärda lotten att utföra en laparotomi på en icke narkotiserad patient.

Snitt lades i linea alba straxt nedom nafveln. Ingen peritonit förefanns. En blåröd, måttligt spänd tunntarmslynga påträffades genast, och, sedan jag följt den ett stycke uppåt, påträffades orsaken till den häftiga kollapsen; den bestod däri, att i den ovanligt starkt utvecklade fossa duodenojejunalis en tunntarmslynga blifvit fastklämd och passagen i tarmen därigenom totalt afstängd. Fossan var så stor, att en täml. lång tarmslynga inklämts ända in till mesenterialroten. Först efter uppklippning af fossan kunde tarmen utdragas. Tarmen visade intet anmärkningsvärdt i afseende på serosan, och cirkulationen i densamma kom snart åter i gång, hvarpå tarmen reponerades och buksåret slöts.

Tillståndet efter operationen förblef dock det samma som förut. Någon förbättring af pulsen kunde ej åstadkommas, och pat. afled kl.  $\frac{1}{2}$  8 på morgonen d. v. s. omkring 6 timmar efter operationen.

### Rättelser.

Sid. 73 rad 10 nedifrån står: fall VII läs: fall VI.

” 74 ” 2 ofvanifrån ” : corpus callosum läs: occipitalloben.

6000014727



Göteborgs universitetsbibliotek

## Innehåll

		Sid.
1.	A. LINDH. Ekonomisk öfversikt.	3.
2.	H. KÖSTER. Rapport öfver medicinska afdelningen.	13.
3.	” Öfversikt af de primära dödsorsakerna å medicinska afdelningen.	26.
4.	” Ett bidrag till behandlingen af Pseudo-leuchæmia lienalis.	1.
5.	” Ett fall af Diplegia spastica cerebralis.	6.
6.	” och K. SCHILLER. Hjärtumör. Trepanation. Förbättring för en tid.	10.
7.	” Multipla sarkom med egendomlig fördelning och symptom af pseudobulbärparalysi.	20.
8.	O. TIRÉN. Två fall af perforerande aorta-aneurysm.	27.
9.	H. KÖSTER. Hjärtumör-kasuistik.	33.
10.	E. NORDENFELT. Rapport öfver Konvalescenthemmet å Götabergr.	1.
11.	K. SCHILLER. Rapport öfver Kirurgiska afdelningen.	1.
12.	” ” ” operationer å kirurgiska afdelningen.	11.
13.	” ” ” polikliniska operationer.	19.
14.	” ” ” affidna.	25.
15.	” Kirurgisk kasuistik.	1.
16.	A. LINDH. Polydipsi och polyuri. Depression af hjärnskålsben. Trepanation.	12.
17.	” Ileus-fall.	15.
18.	” En mera sällsynt form af tuberkulös peritonit.	20.
19.	” Inklämdt brandigt kruralbräck. Tarmresektion. Murphys knapp.	24.
20.	” Främmande kropp i larynx på ett 8 månader gammalt barn. Trakeotomi. Hälsa.	26.
21.	K. SCHILLER. Inkarceration af tunntarmen i fossa duodeno-jejunalis.	27.