ÅRSBERÄTTELSE

N:o 4.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1894,

UTGIFVEN AF

Öfverläkarne

D:r A. Lindh och D:r H. Köster.

GÖTEBORG,
MEYER & KÖSTER'S BOKTRYCKERI,
1895.

per Acta Göteborg

ÅRSBERÄTTELSE

N:o 4.

FRÅN

ALLMÄNNA och SAHLGRENSKA SJUKHUSET

I GÖTEBORG

FÖR ÅR 1894,

UTGIFVEN AF

Öfverläkarne

D:r A. Lindh och D:r H. Köster.

GÖTEBORG,
MEYER & KÖSTER'S BOKTRYCKERI
1895.

Innehåll:

			Sid.
1.	A. Lindh.	Ekonomisk öfversigt	3.
2.	K. Schiller.	Rapport öfver kirurgiska afdelningen	13
3.	„	„ „ operationer å kirurgiska afdelningen	24.
4.	„	„ „ polikliniska operationer	32.
5.	„	„ „ aflidna	37.
6.	O. Tirén.	Rapport öfver Konvalescenthemmet å Götaberg	1.
7.	A. Lindh.	Tarminvagination hos ett 5 månaders barn, häfd medelst laparotomi och reposition	1.
8.	K. Schiller.	Några operationer för appendicitis	2.
9.	A. Lindh.	Appendiciter opererade under det fria stadiet	16.
10.	K. Schiller.	Fall af nefrektomi + ureterektomi	22.
11.	A. Lindh.	Operationer för mera diffus peritonitis	25.
12.	„	Kronisk pyelit. Bindväfshyperplasi i njuren. Nefrektomi	33.
13.	H. Köster.	Rapport öfver medicinska afdelningen	1.
14.	„	Öfversigt af de primära dödsorsakerna å medicinska afdelningen	14.
15.	„	Subakut leukämi hos barn	1.
16.	„	Primär actinomycosis pulmonum med metastaser	4.
17.	„	Till de suppurativa cholecystiternas kasuistik	13.
18.	„	Ett fall af traumatisk neuros	25.
19.	„	Kronisk ikterus genom lymfkörtelkompression	32.
20.	„	Om behandling af erysipelas, särskildt med vaselin, jämte några ord om den erysipelatösa processen	37.
21.	„	Primär endocarditis acuta valv. pulmonal	109.
22.	A. Josefson.	Om färgning af blod för kliniskt ändamål	118.
23.	H. Köster.	Om guajakolbehandling af feber	134.
24.	„ och A. Lindh.	Kortikal epilepsi. Trepanation	149.

Ekonomisk öfversigt för år 1894.

af Dr. A. LINDH.

			År 1893.
Mom. 1.			
Sammanlagda antalet sjuke, som året 1894*) varit vårdade på detta sjukhus, utgjorde;			
Qvarliggande från år 1893 på sjukhusets båda afdelningar		135.	
Intagne under å 1894 då d:o		2,304.	
Summa		2,439.	. . 2,541.
På Medicinska afdelningen:			
Qvarliggande från år 1893	69.		
Intagne under året	1,132.	1,201.	. . 1,273.
På Kirurgiska afdelningen:			
Qvarliggande från år 1893	66.		
Intagne under året	1,172.	1,238.	. . 1,268.
Summa		2,439.	. . 2,541.
Mom. 2.			
Under året *utskrefvos* från sjukhuset såsom friske, förbättrade eller oförbättrade:			
Från Medicinska afdelningen . . .	1,025.		
„ Kirurgiska d:o . . .	1,089.	2,114.	. . 2,291.
Mom. 3.			
Under året utskrefvos *döde:*			
På Medicinska afdelningen	86.		
„ Kirurgiska d:o	58.	144.	. . 115.
Dödlighetsprocenten var således:			
På Medicinska afdelningen	7,16.		
„ Kirurgiska d:o	4,68.		
och på sjukhuset i sin helhet . . .	5,9		
Mom. 4.			
Qvarliggande till 1894:			
På Medicinska afdelningen	90.		
„ Kirurgiska „	91.	181.	. . 135.
Summa		2,439.	. . 2,541.

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

År 1893.

Mom. 5.

Underhållsdagarnes antal var:

På Medicinska afdelningen	29,306.	28,091.
„ Kirurgiska d:o	29,461.	30,972.
Summa	58,767.	59,063.

Mom. 6.

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

För Medicinska afdelningen	83.	76.
„ Kirurgiska „	81.	84.
Summa	164.	161.

Mom. 7.

Medeltalet *underhållsdagar* för hvarje sjuk utgjorde:

På Medicinska afdelningen	24,40.	22,06.
„ Kirurgiska d:o	23,79.	24,42.

Mom. 8.

Från sjukhusets öppnande i Mars månad år 1782 till den 1 Januari 1895 uppgår antalet af vårdade sjuke till . . . . . 96,329.

Mom. 9.

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

Betalande i *privata* rum

à kronor 5,00 om dagen	39.	45.
à „ 4,00 „	78.	80.
	117.	125.

Betalande i *allmänna sjuksalarne*

à kronor 2,00 om dagen	252.	259.
à „ 0,75 „	493.	455.
	745.	714.

Antalet betalande sjuke har således utgjort 862. . . . . 839.

						År 1893.
På *frinummer* vårdades:						
Fattiga sjuka från stadens förs.	.	1,565.	. . . .	1,677.		
D:o „ främmande „	.	44.	1,609.	52.		1,729.
Å Silfverhjelmska frisängen	. . . . .		1.	. . . . .		4.
„ Rönnowska d:o	. . . . .		1.	. . . . .		0.
			S:ma S:rum	2,473.	. . . .	2,572.

(Skillnaden i slutsiffran 2,473 här och 2,439 i mom. 1 beror derpå, att 34 sjuke måst uppföras under 2 olika betalningsklasser, eller som både betalande och frinummer).

Mom. 10.

Antalet *underhållsdagar* har utgjort:

För *betalande patienter*	15,930. . .	14,152.
„ *gratis* d:o	42,837. . .	44,911.
Summa	58,767. . .	59,063.

Mom. 11.

Af årets patienter tillhörde:

Göteborgs Domkyrkoförsamling	618. . . .	611.
„ Christinæ	219. . . .	211.
„ Garnisons	8. . . .	10.
„ Hospitals & Gamlestadsförsamling .	100. . . .	100.
Carl Johans församling	244. . . .	242.
Haga „	387. . . .	427.
Masthuggets „	510. . . .	556.
Mosaiska „	5. . . .	7.
Främmande församlingar inom riket	367. . . .	389.
Utländingar	15. . . .	19.
Summa	2,473. . .	2,572.

Mom. 12.

Betalande sjukas afgifter hafva utgjort:

För de privata sjukrummen . . . Kronor	8,974,—	7,516,—.
„ „ allmänna „ . . . . „	15,818,25	14,951,25.
Summa Kronor	24,792,25	22,467,25.

Till Kassa-Direktören hafva blifvit aflemnade Kronor 24,417,—.

		År 1893.
Mom. 13.		
Summan af årets utgifter för den egentliga sjukvården belöper sig till, . . .	Kronor 102,172,87.	97,544,28.
Mom. 14.		
Egentliga kostnaden för hvarje sjuk pr dag har sålunda utgjort	Kronor 1,73.	1,65.
Mom. 15.		
Kostnaden för hvarje sjuk i medeltal	Kronor 41,89.	38,38.
Mom. 16.		
Om utgiftssumman, Kr. 102,172,87, divideras med medeltalet sjuksängar, som dagligen varit upptagne, eller 164.—, blir *medelkostnaden för hvarje under hela året upptagen sjuksäng* . . .	Kronor 622,—.	602,83.
Mom. 17.		
Utgifterna för de *sjukes utspisning* hafva utgjort:	Kronor 23,875,83.	22,623,30.
Mom. 18.		
Tjenstepersonalens utspisning har kostat	Kronor 7,729,70.	7,943,89.
Mom. 19.		
Utgiftssumman för de *sjukas utspisning,* fördelad på antalet underhållsdagar, utvisar för hvarje sjuk en *daglig medelkostnad för maten af* . , . .	öre 40,6.	38,3.
Mom. 20.		
Medikamentskostnaden har uppgått		
för medicinska afdelningen till . . .	Kr. 4,341,21.	4,615,49.
„ kirurgiska „ „ . . .	„ 2,447,55.	2,550,19.
sammanlagdt för båda afdeln. . . .	Kr. 6,788,76.	7,165,68.

			År 1893.
Mom. 21.			
Medikamentskostnaden, fördelad på hela antalet underhållsdagar, utgör *pr dag* för hvarje sjuk:			
på medicinska afdelningen	öre	14,81.	16,43.
„ kirurgiska „	„	8,30.	8,20.
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	3,61.	4,49.
„ kirurgiska „	„	1,97.	2,11.
Mom. 23.			
Lyshållningen har kostat:			
Gas-konsumtion för hela året . .	Kronor	3,625,56.	3,697,51.
Fotogénolja, ljus etc.	„	689,85.	446,16.
	Kronor	4,315,41.	4,143,67.
Mom. 24.			
Eldningsämnen hafva kostat:			
För stenkol 4,108 hl., cokes 260 hl., ved 127 f:r och torf 1,180 centner	Kronor	6,698,76.	6,692,64.
Mom. 25.			
Sjukhusets *tvätt* har kostat:			
För använd såpa och aflöningar till tvättpersonalen	Kronor	4,223,13.	4,044,46.
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	8,519,56.	7,216,75.
Deraf ungefärlig kostnad för kirurg. afdeln:s poliklinik	„	3,000,—.	

			År 1893.
Mom. 27.			
Byggnadens underhåll har för året kostat:	Kronor	3401,05.	7,960,80.
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 ordinaries sjukdom	„	1,117,22.	
Kommissarien	„	3,200,—.	3,200,—.
Betjeningen, dess skatter, extra sjukvård	„	11,901.74.	11,677,83.
Predikanten	„	600,—.	600,—.
Sekreteraren	„	600,—.	600,—.
Bibliotekarien	„	300,—.	300,—.
Orgelnist	„	150,—.	150,—.
Personligt lönetillägg till Öfverläkaren D:r A. Lindh från 1 Juli 1885	„	2,500,—.	2,500,—.
	Kronor	31,368,96.	30,027,83.
Mom. 29.			
Hushållskontot: Renhållning, parkanläggningens underhåll, diverse utensilier för ångmaskiner etc. upptager en summa af	Kronor	2,581,17.	3,738,18.
Vattenförbrukning	„	7,140,—.	6,224,64.
	Kronor	9,721,17.	9,962,82.
Mom. 30.			
Förvaltningen: tryckningskostnad, porto etc. hafva medtagit en kostnad af	Kr.	1,772,35.	2,528,97.
Mom. 31.			
För uppbörden af de åt sjukhuset anslagna frälseräntorna af donerade hemman i Halland är sjukhuset debiteradt med	Kronor	496,21.	621,94.
Mom. 32.			
Från inventariet äro *afskrifne* för slitna och kasserade persedlar	Kronor	9,123,30.	7,335,09.

Mom. 33.

Sjukhusets alla utgifter och inkomster året 1894, specificerade under sina särskilda titlar efter kassaförvaltarens räkenskaper, förhöllo sig som följer:

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

Utspisning för patienterna	Kr.	23,875,83.	
„ „ tjenstepersonalen . . .	„	7,729,70.	
Medikamenter	„	6,788,76.	
Lyshållning	„	4,315,41.	
Eldningsämnen	„	6,698,76.	
Tvätten	„	4,223,13.	
Renhållningen (skurning § latrinbortförning)	„	757,11.	
Diverse förbrukningsartiklar för sjukvården	„	5,519,56.	
Förvaltningen: skrifmateriel, annonser, porto m. m.	„	1,772,35.	
Aflöningar: till 4 läkaro, bibliotekarie, predikant, sekreterare, kommissarie, organist, 2 öfversköterskor, betjening och extra sjukvård	„	31,368,96.	
Inventariet: afskrifning för slitning och kasserade persedlar	„	9,123,30.	102,172,87.

B. Andra ***Utgifter:***

Ungefärlig kostnad för förband m. m. å kirurgiska polikliniken	„	3,000,—.
Vattenförbrukningen, diverse utensilier för ångmaskinen, parkanläggningens underhåll m. m.	„	8,964,06.
Byggnadens underhåll	„	3,401,05.
Uppbörd af Halländska hem:s-räntorna	„	496,21.
Pension till f. d. kommissarien J. O. Vahlquist	„	1,680,—.
Pension till Enkefru Langell	„	500.—.
D:o till f. d. Öfversköterskan Petersén	„	250,—.
D:o till f. d. Sköterskan Anna Abrahamson	„	225,—.
Öfverskott & Brist. C:to	„	4,031,33.
S:ma Kronor		22,547,65.
S:ma S:rum Kronor		124,720,52.

Inkomster:

Tolagsmedel		Kronor	6,000,—.
Intresse-medel: behållning af räntor		„	6,787,10.
Inkomst för betalande sjuke . . .	24,417,—.		
D:o från Fattigvården, för 1,249 sjuke och 34,374 underhålls-dagar, af Lesseska fondens ränta bekommen	4,693,23.	„	29,110,23.
Ekmanska donationens afkastning		„	86,34.
Öfverskott af hyror af fastigheten vid Östra Hamngatan		„	4,800,—.
Frälseräntorna af Halländska hemmanen . . .		„	3,471,85.
Anslag af staden		„	74,465,—i
		Summa Kronor	124,720,52.

Öfversigt af Sjukhusets ekonomiska ställning vid slutet af år 1894.

Debitorer.

Kassakonto: Behållning enligt kassaboken . .	Kr.	600,52.
Girokonto i Skandinaviska Kreditaktiebolaget Sjukhuset till godo , ...	„	17,166,26.
Depositions Konto	„	1,000,—.
Reverser med inteckningssäkerhet	„	126,000,—.
Allmänna Hypoteksbankens 5 % obligationer från 1877 nommelt 50,000	„	49,125,—.
Sjukhusets hemman i Halland	„	70,000,—.
Frälseräntorna af d:o d:o	„	3,471,85.
Ekmanska donationen i Kilanda säteri	„	1,000,—.
Fastigheten vid Östra Hamngatan	„	75,000,—.
Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets byggnader	„	240,000,—.
Inventariers konto	„	61,103,52.
Ved och kolkontos behållning vid årets slut (56 f:r ved, 778 hektol. stenkol, 50 ctr torf) . . .	„	2,400,—.
Fem aktier i Kampenhofs spinneribolag i Uddevalla, värderade till inalles*)	„	6,000,—.
En Svenska statens jernvägsobligation N:o 104,408	„	33,75.
Sahlgrenska Sjukhusets konvalescentafdelning . .	„	108,—.
	Summa Kr.	653,008,90.

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

Kreditorer.

Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto		Kr. 240,000,—.
Sahlgrenska sjukhusets kapitalkonto		„ 282,122,59.
Westringska donationen N:o 1		„ 12,650,—.
„ „ 2		„ 19,295,62.
„ „ 3		„ 1,135,70.
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		„ 5,081,58.
Vid *Byggnadens underhåll* har kommissarien icke infört någon summa för 1894.		
Fru Albertina Dorotea Jacobsens donation . .		„ 29,600,82.
Afkastning i räntor etc. af samma donation . .		„ 900,12.
(Af donationens afkastning skall $^1/_3$-del utgå till donators syster, så länge hon lefver).		
Conto pro Diverse (obetalta räkningar) . . .		„ 2,691,75.
Öfverskott och Bristkonto:		
Till öfverskott, befintligt vid 1893 års slut stort	Kr. 22,387,—.	
kommer öfverskottet från 1894 .	„ 4,031,33.	
öfverskottssumman blir således nu		„ 26,418,33.
	Summa	Kr 653.008,90.

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 1894.

Sjuke personer:	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
utvertes	47	19	761	411	808	430	625	312	63	38	26	25	37	21	57	34
Sjukdomar:																
Labium leporinum	—	—	3	1	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Rictus lupinus	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Syndactylia	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Hernia ingvinal cong.	—	—	4	—	4	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Phimosis	—	—	8	—	8	—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Spina bifida	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pes varo-eqvinus cong.	—	—	4	1	4	1	1	1	2	—	—	—	—	—	1	—
Variolæ	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Scarlatina	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Dysenteria	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Laryngitis crouposa	—	1	9	14	9	15	5	9	—	—	—	—	4	6	—	—
Fistula laryngis post tracheot.	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas	—	—	8	1	8	1	1	—	—	—	7	1	—	—	—	—
Septico-pyæmia	—	—	5	3	5	3	1	—	—	1	—	1	4	1	—	—
Chancre	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gonorrhé	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Epididymitis gonorrhoica	—	—	17	—	17	—	16	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Strictura urethræ	—	—	20	—	20	—	13	—	4	—	—	—	3	—	—	—

Conjunctivitis gonorrhoica	—	—	—	4	—	4	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—
Rheumatismus „	—	—	3	1	3	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Bubo ingvinalis	—	1	7	1	7	2	5	2	—	—	—	—	—	—	2	—
Meningitis	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Tetanus	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Tuberculosis pulmonum	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Lupus	—	—	2	4	2	4	—	3	2	—	—	—	—	—	—	1
Tuberculosis urogenitalis	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
„ testis	—	—	4	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—
„ renis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Peritonitis tuberculosa	1	1	—	6	1	7	—	—	—	7	—	—	1	—	—	—
Tuberculosis linguæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mastitis tuberculosa	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Actinomycosis	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Alcoholismus chron.	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Epilepsia potatorum	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Insania	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Hæmorrhagia cerebri	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Neuralgia supraorbital.	—	—	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ infraorbitalis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ischias	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Paresis n. facialis	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Paralysis n. radialis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Epilepsia	—	—	3	—	3	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Conjunctivitis catarrhalis	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ phlyctænul.	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ trachomat.	—	—	1	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Kerato-conjunctivit. phlyct.	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Keratitis phlyct.	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Keratitis	1	1	2	5	3	6	2	5	1	1	—	—	—	—	—	—
Ulcus corneæ	3	—	10	2	13	2	8	2	4	—	—	—	—	—	1	—
Abscessus corneæ	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Episcleritis	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iritis	—	—	5	3	5	3	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Iridocyclitis	—	—	3	2	3	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—
Glaucoma	—	—	1	3	1	3	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1
Cataracta	—	—	2	5	2	5	1	3	1	2	—	—	—	—	—	—
Atrophia nervi optic.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panophtalmitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Atrophia bulbi	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Occlusio pupillæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dacryocystitis	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarrh. tubæ Eustachii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Otitis media	—	—	3	5	3	5	3	4	—	—	—	—	—	—	—	1
Endocarditis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Vitium organic. cordis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Aneurysma	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Varices	—	—	8	3	8	3	8	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Tumores hæmorrhoidales	1	—	17	6	18	6	18	6	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlebitis vel periphlebitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Thrombosis	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Lymphangitis	—	—	7	1	7	1	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Lymphadenitis	—	—	1	4	1	4	1	3	—	1	—	—	—	—	—	—
Epistaxis	—	—	3	2	3	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Empyema pleuræ	3	—	5	4	8	4	4	3	4	—	—	—	—	—	—	1
Bronchitis	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Pneumonia acuta	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stomatitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angina tonsillaris	—	—	4	4	4	4	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Mycosis faucium	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Angina phlegmonosa	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarrhus ventriculi	—	—	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perigastritis chronic. adhæs.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Catarrhus gastro-intestinalis	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Perityphlitis	—	—	8	3	8	3	7	—	1	—	—	1	—	2	—	—
Appendicitis	—	—	8	7	8	7	6	6	—	—	—	—	2	—	—	1
Ileus	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Volvulus intestini	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Invaginatio	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia ingvin. irreponibilis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ incarcerata	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—
„ cruralis irreponibilis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ incarcerata	—	—	1	5	1	5	1	3	—	—	—	—	—	—	—	2
„ „ „ gangrænos	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
„ ingvin. mobil.	1	—	25	8	26	8	20	8	1	—	3	—	1	—	1	—
„ cruralis mobilis	—	—	2	4	2	4	1	4	—	—	—	—	1	—	—	—
„ umbilicalis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ suspecta	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ lineæ albæ	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Periproctitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula ani	—	—	12	4	12	4	11	4	1	—	—	—	—	—	—	—
Prolapsus recti	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Fissura ani	1	—	4	3	5	3	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Contractura ani	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Strictura recti	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Peritonitis septica	—	—	5	1	5	1	2	1	1	—	—	—	2	—	—	—
Obstipatio	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Ascites	—	—	1	2	1	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1
Icterus catarrh.	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholelithiasis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Nephritis chron.	—	—	5	1	5	1	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—
Pyelitis	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Pyonephros	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Nephrolithiasis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Ren mobilis	—	—	—	3	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—
Cystitis	1	—	15	7	16	7	9	5	5	—	1	2	1	—	—	—
Lithiasis vesicæ	—	—	8	—	8	—	3	—	1	—	1	—	—	—	3	—
Calculus urethræ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula urethræ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Retentio urinæ	—	—	8	—	8	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraphimosis gangrænosa	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orchitis suppurat.	—	—	4	—	4	—	4	—	—		—	—	—	—	—	—
Sarcocele testis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmaturia	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ren cysticus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Spermatocele testis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmatocele „	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicocele „	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vulvitis ulcerosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Vaginitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmatocolpos	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Endometritis	—	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Salpingitis	—	—	—	4	—	4	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—
Oophoritis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Parametritis	—	—	—	3	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Graviditas extrauterina	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Metrorrhagia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Mastitis	—	1	—	3	—	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1
Myitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bursitis	—	—	7	11	7	11	5	11	—	—	—	—	—	—	2	—

Pes varo-eqvinus paralyt.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hallux valgus	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Synovitis genus	—	1	26	4	26	5	23	5	1	—	—	—	—	—	2	—
„ pedis	—	—	2	1	2	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Pyarthros	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arthroitis humero-scapul.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ cubiti	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ manus	—	—	4	1	4	1	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—
„ genus	—	—	2	7	2	7	2	6	—	1	—	—	—	—	—	—
„ pedis	—	—	8	4	8	4	6	2	1	1	—	1	—	—	1	—
Coxitis	1	3	21	9	22	12	14	4	3	5	2	1	—	1	3	1
Anchylosis	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Pseudarthrosis humeri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Mus articularis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Osteomyelitis humeri	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ femoris	—	—	—	3	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1
„ tibiæ	1	—	2	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Osteitis proc. mastoideus	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	1	—	1	—		—	—	—	—	—	1	—	—	—
„ calcanei	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Periostitis alveoloris	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ orbitæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ humeri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ femoris	1	—	2	1	3	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—
„ fibulæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pedis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Spondylitis	—	—	3	3	3	3	—	—	3	1	—	2	—	—	—	—
Necrosis humeri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ scapulæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ digitor. pedis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Caries costæ	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ossis pubis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv,	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Curvatura rachitica ossium	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erythema	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psoriasis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Eczema	—	—	4	—	4	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Elephantiasis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Clavi inflammati	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlegmone v. abscessus	2	2	44	21	46	23	44	21	—	—	—	—	—	—	2	2
Fistula post phlegm.	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Panaritium	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Carbunculus	1	—	4	1	5	1	4	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Ulcera anticruris	2	—	20	18	22	18	17	15	3	1	—	—	1	—	1	2
„ alior. part.	1	—	13	9	14	9	12	6	1	1	—	—	—	—	1	2
Gangræna	2	—	2	1	4	1	2	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Unguis incarnatus	—	—	9	7	9	7	9	6	—	—	—	—	—	—	—	1
Adenoma	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Angioma	—	—	2	5	2	5	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Cancer faciei	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ linguæ	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ maxillæ. sup.	—	—	2	1	2	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
„ colli	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
„ mammæ	—	—	—	18	—	18	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—
„ oesophagi	—	—	3	1	3	1	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—
„ cardiæ	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ ventriculi	—	1	2	3	2	4	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—
„ recti	—	—	4	3	4	3	3	—	1	1	—	2	—	—	—	—
„ peritonei	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—

Cancer uteri	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
„ vulvæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
„ penis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ testis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cysta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kystoma ovarii	—	—	—	9	—	9	—	6	—	—	—	1	—	2	—	—
Myxofibroma	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Lipoma	—	—	2	5	2	5	1	5	—	—	—	—	1	—	—	—
Lymphoma	—	1	15	18	15	19	15	18	—	—	—	1	—	—	—	—
Myoma uteri	—	—	—	5	—	5	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—
Struma	—	—	2	1	2	1	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—
Papilloma	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Sarcoma	—	—	3	8	3	8	2	3	—	1	1	2	—	1	—	1
Fibrosarcoma	—	—	1	3	1	3	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—
Cicatrix	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tumor cerebri	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Atheroma	—	—	3	2	3	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholesteatoma	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Endothelioma	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Tumor abdominis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
„ vesicæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intumescentia alvi	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Fractura cranii complic.	—	—	6	—	6	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ baseos cranii	—	—	4	—	4	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
„ ossium nasi	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ maxillæ sup.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ inf.	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ claviculæ	—	—	2	2	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ costæ	1	—	10	1	11	1	8	—	—	—	—	—	—	—	3	1
„ columnæ vertebr.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
„ humeri	—	—	7	2	7	2	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ complic.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ antibrachii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ radii	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Fractura ulnæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ digitor. man. complic.	—	—	4	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pelvis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ colli femoris	—	1	—	2	—	3	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1
„ femoris (diaphys)	—	—	12	5	12	5	9	2	—	1	—	—	—	—	3	2
„ patellæ	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ tibiæ	2	—	2	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ anticruris	4	1	16	5	20	6	16	5	1	—	—	—	—	—	3	1
„ „ compl.	1	—	3	—	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—
„ fibulæ	1	1	11	—	12	—	8	1	4	—	—	—	—	—	—	—
„ digitor. pedis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxatio claviculæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ humeri	—	—	5	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ cubiti	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ radii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ pedis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ patellæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Distorsio pedis	1	—	23	1	24	1	23	1	1	—	—	—	—	—	—	—
„ genu	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ruptura muscul.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ bulbi	1	—	5	1	6	1	2	1	4	—	—	—	—	—	—	—
Commotio cerebri	—	—	4	1	4	1	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Contusio	2	—	45	9	47	9	42	7	1	—	—	—	—	—	4	2
Laceratio	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Vulnus contusum	1	—	33	3	34	3	33	3	1	—	—	—	—	—	—	—
„ „ capitis	—	—	8	3	8	3	7	2	—	1	—	—	—	—	—	—

Vulnus incisum v. ictum	3	—	24	4	27	4	21	3	1	—	—	—	—	—	5	1
„ laceratum v. serratum . . .	—	—	12	—	12	—	11	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ sclopetarium	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combustio	1	1	11	9	12	10	10	10	1	—	—	—	1	—	—	—
Corpora aliena oculi	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	47	19	909	461	956	480	729	341	97	49	36	34	37	21	57	34

Karl Schiller

Andre Läkare.

Rapport

öfver operationer utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska Afdelnings patienter år 1894.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder: under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	Operationens utgång: god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	Anmärkningar.
		Operationer å Ben.									
Amputation af öfverarm	1	Sarcoma antibrachii	—	—	1	1	—	—	—	—	
„ „ lår	1	Elephantiasis anticruris	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ underben	1	Arthroit. pedis tuberculosa	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „ fingrar o. tår	1	Fractura complic.	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ „ „	1	Necrosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „ „ „	4	Vulnus laceratum	—	4	—	4	—	—	—	—	
„ „ „ „	2	Papilloma subungvale	1	1	—	2	—	—	—	—	
„ „ „ „	1	Anchylosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Osteotomi och uppmejsling af ben	4	Osteomyelitis	3	1	—	2	1	—	1	—	
„	2	Curvatura rachitica	2	—	—	2	—	—	—	—	
„	2	Hallux valgus	—	2	—	2	—	—	—	—	
„	1	Exostosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Osteotomi (kilformig)	9	Pes varo-eqvin. cong.	4	5	—	9	—	—	—	—	
Sequestrotomi	3	Necrosis	—	3	—	3	—	—	—	—	
Operation för pseudarthr.	5	Pseudarthrosis	—	5	—	3	—	2	—	—	Inslagning af stålstift 3 ggr.
Trepanation af craniet	2	Epilepsia	1	1	—	2	—	—	—	—	Anläggning af silfver-suturer 2 ggr.
„ „	6	Fractura complic	2	3	1	6	—	—	—	—	
„ „	1	Tumor cerebri	—	1	—	—	1	—	—	—	
Redressement forcée	1	Snedläkt fraktur	1	—	—	1	—	—	—	—	

Redressement forcée	3	Pes varo-eqvinus	2	1	—	3	—	—	—	—	
Utskrapniug af ben	7	Osteomyelitis vel osteitis	1	5	1	6	—	—	1	—	
„ „	4	Necrosis vel caries	1	2	1	4	—	—	—	—	
„ „	3	Periostitis	1	2	—	3	—	—	—	—	
Operation för periostit	1	Periostitis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Resektion af öfverkäk	1	Cancer	—	1	—	1	—	—	—	—	total.
„ „	1	Sarkom	—	1	—	1	—	—	—	—	„
„ „	1	Tuberkulos	—	—	1	1	—	—	—	—	partiel.

Operationer å ledgångar, senor och senskidor.

Exarticulation i tå- och fingerleder	1	Ulcus hallucis	—	—	1	1	—	—	—	—	
„ „	1	Vulnus serratum	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	2	Gangræna	—	1	1	2	—	—	—	—	
Resection el. arthrectomi i handled	4	Arthroitis tuberculosa	2	2	—	3	1	—	—	—	
i armbågsled	1	„ „	—	1	—	1	—	—	—	—	
„	1	Luxatio inveterata	—	1	—	1	—	—	—	—	
i höftled	8	Coxitis tuberc.	4	4	—	8	—	—	—	—	
i knäled	4	Gonitis „	3	1	—	3	1	—	—	—	
i fotled	4	Arthroitis „	2	2	—	4	—	—	—	—	
Utskrapning i höftled	1	Coxitis „	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ i knäled	3	Gonitis „	3	—	—	3	—	—	—	—	
„ i fotled	2	Arthroitis „	1	1	—	2	—	—	—	—	
„ i handled	1	„ „	1	—	—	1	—	—	—	—	
Arthrotomi	6	Arthroitis	2	4	—	5	—	—	1	—	
„	2	Mus articularis	—	2	—	2	—	—	—	—	
„	1	Luxatio inveterata	—	—	1	1	—	—	—	—	
Sen- och muskel-söm	10	Vulnera incisa v. serrata	—	10	—	9	1	—	—	—	
Ledpunktion & sköljning	13	Arthroit. vel Synovitis	2	9	2	13	—	—	—	—	
Extension forcée	1	Gonitis tuberc.	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Contractura coxæ	1	—	—	1	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder. under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	Operationens utgång god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	oviss.	Anmärkningar.
Operationer å kärl- och nervsystemet.											
Neurectomi	2	Neuralgia supraorbit . . .	—	2	—	1	1	—	—	—	
„	1	„ infraorbit . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	
Exstirpation af varices . .	15	Varices	—	13	2	15	—	—	—	—	
„ „ aneurysma .	1	Aneurysma	1	—	—	1	—	—	—	—	
Plastiska operationer.											
Operation för harläpp . .	5	Harläpp	4	1	—	5	—	—	—	—	
Transplantation	6	Ulcera v. vulnera	1	4	1	5	—	1	—	—	
Plastisk operation . . .	1	Huddefekt	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Syndachtylia	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Pharynx fistel	—	1	—	—	—	1	—	—	
Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.											
Exstirpation af lymfkörtlar	40	Lymphomata	11	26	3	40	—	—	—	—	
„ „	7	Cancer	—	5	2	5	1	—	1	—	
„ „	9	Sarkom	—	7	2	7	1	—	1	—	
„ „	10	Cysta	1	6	3	10	—	—	—	—	
„ „	2	Adenom	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ „	7	Angiom	5	1	1	7	—	—	—	—	
„ „	1	Papillom	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	8	Lipom	—	3	5	8	—	—	—	—	
„ „	3	Fibro-sarcom	—	1	2	2	—	—	1	—	
„ „	1	Fibro-myxom	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	3	Endotheliom	—	3	—	3	—	—	—	—	
„ „	1	Cicatrix	—	1	—	1	—	—	—	—	

Exstirpation af	1	Veruca	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Tumor vesicæ	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Condylomata acuminata	—	1	—	1	—	—	—	—	
Thermocauterisation af	2	Angiom	2	—	—	2	—	—	—	—	
		Operationer å hufvud och hals.									
Operation för	1	Adenoida vegetationer	1	—	—	1	—	—	—	—	
Tracheotomi	12	Laryngitis crouposa	12	—	—	3	—	—	9	—	suicidii)
„	1	Oedema glottidis	—	1	—	1	—	—	—	—	Post vulu. incis. (conamen
Operation för	1	Larynxfistel	1	—	—	1	—	—	—	—	Post tracheotomiam.
„ „	1	Struma	—	1	—	1	—	—	—	—	Enucleation.
Excision af	1	Cancer linguæ	—	1	—	1	—	—	—	—	
		Operationer å bröst och buk.									
Amputation af bröstkörtel	19	Cancer	—	14	5	19	—	—	—	—	
„ „	2	Mastitis chron.	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ „	1	„ tubercul.	—	1	—	1	—	—	—	—	
Thoracotomi+refbensresect.	10	Empyema pleuræ	1	9	—	9	—	—	1	—	
Paracenthesis abdominis	2	Ascites	—	—	2	1	—	—	1	—	ventrikeln,
Laparotomi	1	Perigastritis chron. adhæs.	—	1	—	1	—	—	—	—	Lösning af adherenser kring
„	6	Peritonitis tubercul.	3	3	—	4	2	—	—	—	Sköljning af bukhålan med
„	2	Ileus	1	—	1	1	—	—	1	—	0,6 % Nacllösn.
„	1	Volvulus intestini	—	—	1	—	—	—	1	—	
„	1	Invaginatio coli	1	—	—	1	—	—	—	—	
„	1	Peritonitis + Incarceratio intestini intraperit.	1	—	—	—	—	—	1	—	
„	2	Peritonitis supp. diffusa	—	2	—	—	—	—	2	—	
„	1	Lipoma mesenterii	—	1	—	—	—	—	1	—	
„ explor.	2	Cancer ventriculi	—	2	—	2	—	—	—	—	
„ „	1	„ ovarii et peritonei	—	1	—	1	—	—	—	—	
„ „	2	Sarcoma renis	2	—	—	1	1	—	—	—	
Gastrostomi	1	Strictura oesophagi	—	—	1	1	—	—	—	—	
Gastro-enterostomi	3	Cancer ventriculi	—	—	3	—	—	—	3	—	
Nephrotomi	1	Pyelitis	—	1	—	—	1	—	—	—	
„	2	Pyonephros	—	2	—	1	—	—	1	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder. under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	Operationens utgång. god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	ovviss.	Anmärkningar.
Nephrotomi	1	Hydronephros	1	—	—	—	1	—	—	—	
Nephrectomi	1	Tuberculosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
„	1	Pyelo-nephritis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Nephroraphi	2	Ren mobilis	—	2	—	2	—	—	—	—	
Operation för	9	Perityphlitis supp.	4	5	—	7	—	—	2	—	
Amputation af proc. vermif.	15	Appendicitis	—	14	1	13	—	—	2	—	
Operation för intraperitoneal	1	Bäckenabscess (Perityphlit).	—	1	—	1	—	—	—	—	Incision per rectum.
„ för anlägg. af anus præternatur.	2	Cancer recti	—	1	1	2	—	—	—	—	
Herniotomi	6	Hernia crural. incarc.	—	4	2	6	—	—	—	—	I 4 fall åtföljd af radikaloper.
Herniotomi + radikaloperat.	2	„ ingvin. incarc.	—	1	1	2	—	—	—	—	i 2 fall af tarmresektion.
Radikaloperation	30	„ „ mobilis	4	21	5	28	—	—	2	—	16 ggr Bassinis op.
„	4	„ „ „ cong.	3	1	—	4	—	—	—	—	1 Bassini.
„	7	„ crural, mobil.	—	4	3	7	—	—	—	—	
„	3	„ „ irreponib.	—	3	—	3	—	—	—	—	
„	1	„ umbilicalis	—	1	—	1	—	—	—	—	
„	2	„ lineæ albæ	—	2	—	2	—	—	—	—	

Operation å bäcken och manliga genitalia.

Operation för ändtarmsfistel	17	Fistula ani	—	17	—	16	—	—	1	—	Exstirpation i 2 fall.
„ hæmorrhoidal tumör	21	Tumores hæmorrhoidales	—	19	2	21	—	—	—	—	Thermocanterisation i 3 fall
Amputation af ändtarm	3	Cancer recti	—	—	3	3	—	—	—	—	Ligaturer i 16 fall.
Resection af „	1	„ „	—	1	—	—	1	—	—	—	Krackes operation.
Operation för	2	Ändtarms framfall	2	—	—	1	1	—	—	—	Kilexcision.
„ „ periproctitis	1	Periproctitis	1	—	—	1	—	—	—	—	
„ „	1	Blåsesten	—	1	1	2	—	—	—	—	Sectio alta.

Operation för	1	Impermeabel strictur + urininfiltr.	—	—	1	1	—	—	—	—	Sectio alta.
Inre urethrotomi	6	Strictura urethræ	—	4	2	4	—	—	2	—	
Operation för	5	Phimosis	2	2	1	5	—	—	—	—	
,, ,,	3	Paraphimosis	—	3	—	3	—	—	—	—	
,, ,,	12	Hydrocele testis	—	9	3	12	—	—	—	—	Exstirpation i 3 fall. Punction + jodinjection i de öfriga.
,, ,,	1	Spermatocele testis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Ablatio testis	7	Tuberculosis	—	7	—	7	—	—	—	—	
,, ,,	1	Cancer	—	1	—	1	—	—	—	—	
Amputation af sädesstrång	1	Tuberculosis	—	1	—	1	—	—	—	—	
,, af penis	1	Cancer	—	—	1	1	—	—	—	—	
Exstirpation af	6	Bubon	—	5	1	6	—	—	—	—	
Dilatation forcée	10	Fissura vel Contractura ani	—	10	—	10	—	—	—	—	
Operation för	1	Spina bifida	1	—	—	1	—	—	—	—	
Gynekologiska operationer.											
Ovariotomi	7	Kystoma ovarii	—	6	1	5	1	—	1	—	
Ovario-tubectomi	1	Salpingo-oophoritis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Laparo-salpingotomi	1	Periton supp. + Pyosalpinx	—	1	—	1	—	—	—	—	
Castration	1	Myoma uteri	—	1	—	—	—	—	1	—	
Exstirpation af uterus	1	Cancer uteri	—	1	—	1	—	—	—	—	Per viam sacoalem.
Enucleatio per vaginam	1	Myoma uteri	—	1	—	1	—	—	—	—	
Hysterectomi	1	Myoma uteri + graviditas	—	1	—	1	—	—	—	—	
Myomectomi	2	Myoma uteri	—	2	—	2	—	—	—	—	
Abrasio mucosæ uteri	4	Endometritis	—	4	—	4	—	—	—	—	
Operation för	1	Graviditas extrauterina	—	1	—	1	—	—	—	—	
,, ,,	1	Hæmatocolpos	—	1	—	1	—	—	—	—	
,, ,,	2	Pelveoperitonitis	—	2	—	1	—	—	1	—	
Ögonoperationer.											
Stillings operation	3	Dacryocystitis	—	2	1	3	—	—	—	—	
Iridectomi	4	Iridocyclitis v. Iritis	—	3	1	4	—	—	—	—	I terapent syfte 3; i optiskt syfte 1.
,,	2	Glaucoma	—	—	2	2	—	—	—	—	
Starrextraction	6	Cataracta	—	1	5	5	—	1	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Den sjukes ålder: under 15 år.	16—55 år.	öfver 55 år.	Operationens utgång: god.	mindre god	dålig.	dödlig.	oviss.	Anmärkningar.
Starrdiscision	4	Cataract. secund vel infant.	3	—	1	4	—	—	—	—	
Enucleatio bulbi	3	Iridocyclit	—	3	—	3	—	—	—	—	
,, ,, ...	3	Atrophia bulbi	1	2	—	3	—	—	—	—	
,, ,, ...	3	Panophtalmitis	—	1	2	3	—	—	—	—	
,, ,, ...	1	Tumor bulbi	—	1	—	1	—	—	—	—	
,, ,, ...	1	Ruptura bulbi	—	1	—	1	—	—	—	—	
		Öronoperationer.									
Öppn. af Cellul. Mastoidæ	8	Otitis Media	4	4	—	6	2	—	—	—	
		Öfriga operationer.									
Utskrapning + Thermocauterisation	7	Lupus	4	3	—	7	—	—	—	—	
,, ,,	1	Ulcera luetica	—	1	—	1	—	—	—	—	
Utskrapning	1	Carbunculus	—	1	—	1	—	—	—	—	
,, ...	1	Phlegmone	1	—	—	1	—	—	—	—	
Operation för	20	Bursitis	1	18	1	20	—	—	—	—	
Thermocauterisation . . .	2	Spondylitis	—	1	—	1	1	—	—	—	
Operation för	19	Inväxt nagel	2	17	—	19	—	—	—	—	
,, ,, ...	5	Sänkningsabscess	2	3	—	5	—	—	—	—	Punct + inject jodof.
Uttagning af kula . . .	1	Vulnus sclopetarium . . .	—	—	1	1	—	—	—	—	
Operation för	1	Hæmatoma	—	1	—	1	—	—	—	—	
Utskrapning	1	Absc. testis	—	1	—	1	—	—	—	—	
Summa	653		128	438	87	590	19	5	39	—	

Sålunda hafva å patienter, som längre eller kortare tid legat å sjukhusets kirurgiska afdelning utförts . . . . . 653 operationer.
Å polikliniska patienter ha utförts . . . . . 729 operationer.

Summa 1382 operationer.

Dessutom ha utförts mindre kirurg. ingrepp såsom reposition af lättare luxationer etc. etc. i . . . . . 139 fall.

Karl Schiller
Andre Läkare.

Rapport

öfver operationer poliklinskt utförda å Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Kirurgiska Afdelning år 1894.

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång: god.	mindre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	Anmärkningar.
Operationer å ben.								
Amputation af fingrar och tår	20	Vulnus lacerat. v. serrat. . .	20	—	—	—	—	
" " " " "	2	" ictum	2	—	—	—	—	
" " " " "	1	" sclopetarium	1	—	—	—	—	
" " " " "	5	Digit. supernumer.	5	—	—	—	—	
Uppmejsling af fissur . . .	6	Vulnus capitis c. fractura . .	6	—	—	—	—	
Sequestrotomi	7	Necrosis	7	—	—	—	—	
Utskrapning af ben	9	Necrosis	9	—	—	—	—	
" " "	7	Osteitis vel caries	7	—	—	—	—	
Trepanation af ben	1	Empyema Antri Highmori . .	1	—	—	—	—	
Operation för	6	Periostitis	6	—	—	—	—	
Operationer å ledgångar, senor och senskidor.								
Exarticulation af fingrar o. tår	7	Vulnus laceratum	7	—	—	—	—	
" " "	1	" ictum	1	—	—	—	—	
" " "	1	Caries	1	—	—	—	—	
Arthrotomi	1	Arthroitis supp	1	—	—	—	—	
Ledpunktion + sköljning . .	1	Synovitis chron.	1	—	—	—	—	
Reposition af	13	Luxationer	13	—	—	—	—	
Sen- och muskelsöm	19	Vulnera incisa	19	—	—	—	—	

Operation för	9	Bursitis	9	—	—	—	—	
„ „	9	Ganglion	9	—	—	—	—	
Extension forcée	1	Contractura cubiti	1	—	—	—	—	
Brisement „	3	Snedläkt fraktur	3	—	—	—	—	
Utskrapning af	1	Tuberkulös arthroit	1	—	—	—	—	

Plastiska operationer.

Plastisk operation för	1	Contractura digit.	1	—	—	—	—	
„ „ „	1	Dubbel läpp	1	—	—	—	—	

Exstirpation af lymfkörtlar och tumörer.

Exstirpation af	8	Lymfkörtlar	8	—	—	—	—	
„ „	9	Cancroid	9	—	—	—	—	
„ „	10	Cancer	10	—	—	—	—	
„ „	2	Sarkom	2	—	—	—	—	
„ „	126	Cystor	126	—	—	—	—	deraf 109 atherom.
„ „	5	Adenom	5	—	—	—	—	
„ „	38	Angiom s. teleangiectasi	38	—	—	—	—	
„ „	10	Papillom	10	—	—	—	—	
„ „	7	Fibrom	7	—	—	—	—	
„ „	9	Lipom	9	—	—	—	—	
„ „	2	Granulom	2	—	—	—	—	
„ „	2	Fibro-sarkom	2	—	—	—	—	
„ „	1	Cornu cutaneum	1	—	—	—	—	
„ „	10	Verruca	10	—	—	—	—	
„ „	7	Nævus	7	—	—	—	—	
„ „	2	Cicatrix	2	—	—	—	—	
Operation af	1	Psoriasis	1	—	—	—	—	
„ „	1	Keloid	1	—	—	—	—	
„ „	2	Endotheliom	2	—	—	—	—	
Utskrapning af	10	Suppur. lymfom	10	—	—	—	—	

Operationer å hufvud och hals.

Tonsillotomi	45	Hypertrophia tonsill.	45	—	—	—	—	
Operation för	10	Epulis	10	—	—	—	—	

Operationer.	Antal.	Sjukdom.	Operationens utgång					Anmärkningar.
			god.	minbre god.	dålig.	dödlig.	obekant.	
Operation för	3	Ranula	3	—	—	—	—	
,, ,,	29	Näspolyp	29	—	—	—	—	
,, ,,	22	Adenoida vegetationer	22	—	—	—	—	
,, ,,	1	Struma cystica	1	—	—	—	—	Punctio + injectio jodi.
,, ,,	1	Anchyloglossum	1	—	—	—	—	
Cricotracheotomi	2	Laryngitis diphterica	2	—	—	—	—	
Operation för	1	Torticollis	1	—	—	—	—	Tenotomi.
Operationer å bröst och buk.								
Thoracotomi + Resectio costæ	5	Empyema pleuræ	5	—	—	—	—	
Exstirpation af	2	Bröstkörtel	2	—	—	—	—	Cancer.
Operation för	2	Mastitis suppur.	2	—	—	—	—	
Utskrapning af	4	Caries costæ	4	—	—	—	—	
Operationer å bäcken och manliga genitalia.								
Operation för	4	Phimosis	4	—	—	—	—	
,, ,,	22	Hydrocele testis	22	—	—	—	—	Enkel punktion i 17 fall; i de öfriga äfven injekt. af jod l. 5 % Carbollösn.
Dilatation forcée	20	Fissura vel Contractura ani	20	—	—	—	—	
Operation för	2	Polypus recti	2	—	—	—	—	
,, ,,	2	Paraphimosis	2	—	—	—	—	
,, ,,	4	Fistula ani	4	—	—	—	—	
,, ,,	1	Prolapsus recti	1	—	—	—	—	Cauterisation med Paquelin.
,, ,,	2	Spina bifida	1	—	—	1	—	
Dilatation af rectum	1	Strictura recti	1	—	—	—	—	
,, af urinröret	10	Strictura urethræ	10	—	—	—	—	

			Operation å qvinliga genitalia.					
Operation för	1	Polypus uteri	1	—	—	—	—	Écrasseur.
			Ögonoperationer.					
Bowmans operation	3	Dacryocystitis vel Stenosis Canal. lacrymalis	3	—	—	—	—	
Stillings „	12		12	—	—	—	—	
Operation för	15	Chalazion	15	—	—	—	—	
„ „	1	Ptosis	1	—	—	—	—	
„ „	7	Strabismus	7	—	—	—	—	
„ „	1	Hypertrophia palpebræ	1	—	—	—	—	Excision.
			Öronoperationer.					
Operation för	4	Polyp i yttre hörselgången	4	—	—	—	—	Écrasseur.
Uppmejsling af proc. mastoid.	2	Cholesteatom	2	—	—	—	—	
„ „ „	2	Otitis media	2	—	—	—	—	
Utskrapning af proc. mastoid.	5	Osteitis	5	—	—	—	—	
			Öfriga operationer.					
Operation för	17	Lupus	17	—	—	—	—	Utskrapning + Cauterisation.
„ „	1	Hæmatom	1	—	—	—	—	
„ „	1	Ulcus labii	1	—	—	—	—	Excision.
„ „	9	Inväxt nagel	9	—	—	—	—	
„ „	4	Onycomycosis	4	—	—	—	—	
Utskrapning af	6	Fistel	6	—	—	—	—	
„ „	8	Tuberculösa sår	8	—	—	—	—	
„ „	14	„ abscesser	14	—	—	—	—	
„ „	3	Carbunkel	3	—	—	—	—	
Cauterisation af	1	Spondylit	1	—	—	—	—	
Borttagning af större främ. kroppar	16	Corpora peregrina	16	—	—	—	—	
Operation för	7	Sänkningsabscess	7	—	—	—	—	Punctio + inject. jodoformii.
Summa	759		758	—	—	1	—	

Antalet besökande å polikliniken har under året uppgått till 35,872 eller i medeltal 115 per dag.

På icke ordinarie mottagningstider ha inkommit och behandlats 2110 skadade personer.

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

Näsblödning (tamponad)	4
Främmande kroppar i strupen	3
Oesophagus strictur (sondering)	4
Luxation af öfverarmen	17
„ „ underarmen	12
„ „ tummen	1
Fraktur å underkäken	1
„ „ nyckelbenet	20
„ „ öfverarmen	13
„ „ underarmen	12
„ „ ulna	2
„ „ radius	85
„ „ refben	2
„ „ lårben	3
Reposition af paraphimosis	5
Urinrörsstrictur (sondering)	5
Bråck (Taxis)	2
Spondylit (gipscorsett)	2
Summa	193

Dessutom ha å polikliniken utförts en massa mindre ingrepp såsom incisioner för abscess l. phlegmone, ledpunktioner, sonderingar etc. etc.

Karl Schiller
Andre Läkare.

Af opererade hafva 39 aflidit:

№ 1—9. Barn i en ålder af 1—12 år af croup efter gjord tracheotomi.

№ 10. En 47 års qvinna 21 dagar efter gjord gastroenterostomi för cancer ventriculi af exsudativ pleurit + cancerkakexi.

№ 11. En 59 års man 10 dagar efter gastroenterostomi för cancer ventriculi af bronchopneumoni.

№ 12. En 42 års man 3 dagar efter radikaloperation af appendicit och supp. peritonit, uppkommen genom perforation af ett ulcus å nedre delen af coecum.

№ 13. En 22 års qvinna 4 mån. efter operation af en supp. pelveo-peritonit + dubbelsidig pyosalpinx af septisk endocardit + septichæmia.

№ 14. En 17 års flicka 2 dagar efter gjord ovariotomi för Kystoma ovarii af peritonit. Vid fripræpareringen af den med främre bukväggen och bäckenväggarne fastvuxna tumören hade en 3 ctm. lång ruptur blifvit gjord å urinblåsan, hvilket ej observerats vid operationen.

№ 15. En 39 års qvinna 3 dagar efter gjord castration för ett stort uterusmyom antagl. af hjertinsufficiens. Vid sektionen kunde ingen bestämd dödsorsak påvisas.

№ 16. En 25 års man 2 dagar efter operation för abscessus et fistula ani af Bronchopneumoni + organiskt hjertfel.

№ 17. En 50 års qvinna 9 dagar efter exstirpation af sarcomvandlade axillarkörtlar af apoplexia cerebri framkallad genom metastaser i hjernan.

№ 18. En 65 års man 5 dagar efter radikaloperation för fritt bråck af hjertparalysi (fetthjerta).

№ 19. En 22 års man 3 dagar efter laparotomi för supp. peritonit af nämnda sjukdom, som uppkommit genom perforation af ett ulcus ventriculi.

№ 20. En 74 års man, några timmar efter gjord inre urethrotomi för strictura urethræ under symptom af shock.

№ 21. En 56 års man några timmar efter radikaloperation för fritt bråck af efterblödning från op.-såret. Katgutligaturen omkring bråcksäcken hade genom trycket från blödningen glidit utaf, så att blödningen till största delen skett inåt peritonealhålan, hvarigenom den ej i tid blifvit observerad.

№ 22. En 33 års man 8 dagar efter en utskrapning af en osteomyelit i tibia af supp.. peritonit, hvars ursprung ej kunde vid sektionen utrönas.

№ 23. En 14 års yngling 3 dagar efter arthrotomi för pyarthros i båda fotlederna af pyæmi.

№ 24. En 69 års qvinna några timmar efter laparotomi för volvulus intestini af kraftnedsättning. Ehuru genom operat. hindret i tarmpassagen undanröjdes, kom dock ej någon tarmperistaltik i gång utan förblef tarmen fullkomligt atonisk.

№ 25. En 59 års man 13 dagar efter inre urethrotomi för urinrörstrictur af sepsis. Hade svår cystit, hvarigenom infektion af såret skett.

№ 26. En 10 års gosse 1 vecka efter osteotomi för akut osteomyelit af pyæmi. Hade redan vid inkomsten utbildad sepsis.

№ 27. En 16 års flicka 2 mån. efter operation för perityphlitis supp. af pleuropneumoni.

№ 28. En 40 års man 16 dagar efter laparotomi + exstirpation af ett kolossalt mesenteriallipom af hjertparalysi (fetthjerta).

№ 29. En 12 års flicka 15 dagar efter operat. för supp. perityphlit af pyæmi.

№ 30. En 63 års man, å hvilken gjorts gastroenterostomi för cancer ventriculi 10 dagar efter operat. af pneumoni.

№ 31. En 23 års man afled 6 dagar efter laparotomi för en afkapslad supp. peritonit af diffus peritonit uppkommen genom perforation af ett ulcus å colon descendens.

№ 32. En 41 års man $1^1/_2$ mån. efter thoracotomi + refbensresektion för empyema pleuræ af dysenteri.

№ 33. En 3 års gosse, som inkom för inklämdt bråck, 1 dygn efter laparotomi + tarmresektion — af peritonit. Vid inkomsten gjordes taxis, som dock skett en masse, så att incarcerationen ej blifvit häfd, utan gangrän af tarmen utbildats i den i bukhålan reponerade bråcksäcken.

№ 34. En 32 års man 20 dagar efter radikaloperation för appendicitis af sepsis.

№ 35. En 51 års man 1 v. efter nephrotomi för pyelonephros af allmän tuberkulos.

№ 36. En 54 års qvinna 20 dygn efter operation för cancer colli af akut pneumoni.

№ 37. En 35 års qvinna 12 dagar efter paracentesis abdominis för ascites af broncho-pneumoni.

№ 38. En 60 års qvinna 1 dygn efter exstirpation af multipla fibrosarkom af hjertparalysi (fetthjerta).

№ 39. En 64 års qvinna 14 dagar efter laparotomi för ileus af peritonit uppkommen genom perforation af ett ulcus å coecum.

№ 40. Ett några dagars gammalt barn som (polikliniskt) opererades för spina bifida (Föräldrarne vägrade pat:s intagning å sjukhus) afled efter ett par dagar.

Dödsprocenten af de opererade utgör, om de af croup döda ej medräknas, 2,24 %.

Karl Schiller.
Andre Läkare.

Af icke opererade hafva 19 aflidit.

№ 1 o. 2. Barn i en ålder af resp. 1 o. 3 år, dogo af croup under så hastigt påkommet qväfningsanfall, att operation ej medhans.

№ 3. Man, 27 år, som inkom för en abscess å låret, afled af allmän tuberculos.

№ 4. Flicka, $3^1/_2$ år, som förut blifvit resecerad i höftleden för coxit och återkommit med utbredda tuberkulösa förändringar i bäckenbenen, afled af allmän kraftnedsättning.

№ 5. En 45 års man, som inkom för urinrörstriktur, urinretention och hæmorrhagisk nefrit, dog 7 dagar efter inkomsten i uræmi.

№ 6. 42 års man, som inkom med symptom af hjerncommotiom efter ett erhållet slag å hufvudet, afled efter 2 dagar af meningit.

№ 7. Gosse, 11 mån., dog 14 dagar efter en erhållen svårare brännskada.

№ 8. Qvinna, 75 år, som inkom med utbredd phlegmone å ena armen och dog efter 3 dagar i septichæmi.

№ 9. En 71 årig qvinna, som inkom för ett gangrænöst bråck med stor fækalabscess under huden afled 1 vecka efter inkomsten af kraftnedsättning.

№ 10. En 45 års man, som intogs för näsblödning, dog 2 dagar efter inkomsten af epilepsia potatorum.

№ 11. En 41 års man, som inkom med urinretention + strictur + urininfiltration afled efter 14 dagar af sepsis.

№ 12. 64 årig man, intagen för en phlegmone i ena foten, afled 4 dagar efter inkomsten af septichæmi.

№ 13. 28 årig man, intagen för epididymitis tuberculosa, afled efter 1 mån. af allmän urogenital tuberkulos.

№ 14. En 71 års man, som inkom för urinretention, afled 1 vecka efter inkomsten af pyelonefrit.

№ 15. En 62 års man, intagen för en skottskada å ena låret, dog efter 14 dagar af tetanus.

№ 16. Tre mån. gosse afled efter 2 dagar i septichæmi orsakad af ett brandigt sår å ena benet.

№ 17. Man, 35 år, inkom med fraktur å basis cranii och afled 2 dagar efter inkomsten af meningit.

№ 18. En 64 års man, som erhållit en fraktur å kotpelaru, dog efter 3 dagar i lungödem.

№ 19. En 77 års man, intagen för kontusioner, dog efter ett par dagar af slag (Hæmorrhagia cerebri).

Karl Schiller
Andre Läkare.

1894. Skadade genom olyckshändelse.

Under året ha 272 sådana personer intagits:

Orsaker: Fall på marken, utför trappor och från ställningar	105
skadade på fartyg	21
„ „ jernväg	1
„ „ sågverk	5
„ „ andra maskiner	2
„ gm annan person	22
„ „ klämning	6
„ „ åkning el. körning	18
„ „ förbränning	24
„ „ nedfallande föremål	46
„ „ knif	5
„ „ yxa	7
„ „ lek	1
„ „ djurs åverkan	3
„ „ skjutning	1
„ „ skärning på glas	5
Summa	272

Af dessa hafva 6 personer aflidit.

Dödsorsakerna hafva varit:

1) Commotio cerebri + Meningitis. 2) Combustio. 3) Vulnus sclopetarium + Tetanus. 4) Fractura baseos cranii + Meningitis. 5) Fractura columnæ vertebralis. 6) Contusiones + Hæmorrhagia cerebri.

Karl Schiller
Andre Läkare.

Summariskt sammandrag af årsrapporterna från Kirurgiska afdelningen under 1882—1894.

År	Antal vårdade sjuke	Döde	Antal operationer	Intagna iföljd af olyckshändelse	Antal sjukbesök på poliklinikken
1882	738	25	206	278	
1883	824	35	462	212	
1884	833	42	516	241	11500
1885	896	40	512	251	12900
1886	891	43	561	187	13000
1887	907	27	632	305	14500
1888	917	45	749	335	17391
1889	1062	49	953	308	19305
1890	1164	47	1102	270	22294
1891	1111	33	1137	300	24392
1892	1161	43	1255	392	28763
1893	1265	35	1240	228	27218
1894	1238	58	1382	272	35872

Rapport

öfver

Konvalescenthemmet å Götaberg.

Sahlgrenska Sjukhusets bokslut för dess KONVALESCENT-afdelning på Götaberg för år 1894.

	Vinst & Förlust				Balance Conto			
	Utgifter		Inkomster		Tillgångar		Skulder	
Stadskassans Anslag . . .	—	—	4000	—	—	—	—	—
Giro Conto	—	—	—	—	8689	91	—	—
Allm. & Sahlgrenska Sjukhuset	—	—	—	—	—	—	108	—
Div. Omkostnader	144	78	—	—	—	—	—	—
Augusta Adebahr	—	—	—	—	11	26	—	—
Hushållets Conto:								
Matv. Div.								
Förbr. 3,029.83. 157.73.	3029	83	—	—	44	98	—	—
Saldo 44.98. 2.05.	157	73	—	—	2	05	—	—
Aflönings Conto:								
Föreståndaren 399.96.								
Pigan . . . . . 120.—.								
Läkaren . . . 300.—.								
Drängen . . . 365.—.								
Julp. & hjelp 45.—.	1229	96	—	—	—	—	—	—
Inventariers Conto	434	18	—	—	3906	—	—	—
Belysnings Conto	56	27	—	—	—	—	—	—
Ved & Kol Conto:								
Ved Torf Kokes								
Förbr. 5 380 60								
Saldo 3 100 10	433	68	—	—	150	—	—	—
Byggn. Underh. Conto . .	433	59	—	—	—	—	—	—
Medikamenters Conto . .	401	62	—	—	—	—	—	—
Conto pro Diverse	—	—	—	—	—	—	355	97
Intresse Conto	—	—	144	33	—	—	—	—
Öfverskott & Brist Conto								
Öfversk. fr. föreg. år 14,517.54.								
Årets brist . . . . 2,177.31.	—	—	2177	31	—	—	12340	23
	6321	64	6321	64	12804	20	12804	20

Rapport

öfver de vid Allmänna och Sahlgrenska Sjukhusets Konvalescent-Afdelning å Götaberg vårdade sjuke och sjukdomar år 1894.

Sjuke personer:	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde: friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1895	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
a) invertes	4	6	68	89	108	99	44	37	30	47	1	4	—	—	4	8
b) utvertes	4	—	32	4			20	1	4	1	3	1	—	—	2	—
	207				207		207									
Sjukdomar:																
Febris typhoides	—	—	6	3	6	3	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza epidemica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Angina tonsillaris	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Erysipelas	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis pulmonum	1	2	4	4	5	6	—	—	5[1]	5	—	1[1]	—	—	—	—
„ peritonei	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Syphilis	—	—	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Scrophulosis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Chlorosis	—	2	—	15	—	17	—	9	—	6	—	—	—	—	—	2
Leukæmia lienalis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Anæmia	—	—	—	8	—	8	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—
Alcoholism. chron.	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Neuritis degen. multipl.	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Hysteria	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Neuralgia	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neurasthenia	—	—	—	5	—	5	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—

[1]) En återremitterad till Sahlgrenska sjukhuset.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Tabes dorsalis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Chorea	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Morbus Basedowi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Conjunctivit. phlycten.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Episcleritis rheumat.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Keratitis parench.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Iritis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Abscessus corneæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panophtalmia	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Morbus Menièri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pericarditis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Endocarditis	—	—	3	7	3	7	1	7	—	—	—	—	—	—	2	—
Degeneratio cordis	—	—	2	1	2	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
Vitium org. cordis	1	—	7	5	8	5	—	—	6	4	—	1[2])	—	—	1	—
Hæmorrhoides	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Empyema pleuræ	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[2])	—	—	—	—	—
Pleuritis exsudativa	—	—	7	4	7	4	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—
„ sicca	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pneumonia acuta	2	—	8	4	10	4	10	4	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ protracta	—	1	1	1	1	2	1	2	—	—		—	—	—	—	—
Bronchitis acuta	—	—	2	1	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
„ chronica	—	—	5	6	5	6	3	3	2	2	—	—	—	—	—	1
Bronchopneumonia	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Emphysema pulmonum	—	—	4	4	4	4	—	—	4	3	—	—	—	—	—	1
Asthma bronchiale	—	—	—	3	—	3	—	—	—	1	—	1[2])	—	—	—	1
Catarrhus ventriculi chron.	—	—	2	4	2	4	—	1	2	3	—	—	—	—	—	—

[1]) En återremitterad till Gibraltar.
[2]) En „ „ Sahlgrenska sjukhuset.

Catarrhus gastro-intest. acut.	—	—	1	3	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ chron.	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Entero-colitis acuta	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus ventriculi	—	—	—	11	—	11	—	7	—	1	—	—	—	—	—	3
Dyspepsia	—	—	1	2	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Typhlitis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hernia	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fistula ani	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Ren mobilis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Nephritis acuta	—	—	3	4	3	4	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—
„ chronica	—	—	4	3	4	3	—	—	4	3	—	—	—	—	—	—
Orchitis traumat.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salpingo-oophoritis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Tumor vesicæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parametritis	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Hæmatocele retro-uterina	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
Rheumatism. muscul. acutus	—	—	1	2	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—
„ „ chron.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
„ articulorum acut . . .	—	—	9	13	9	13	8	13	—	—	—	—	—	—	1	—
„ „ chronicus .	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Synovitis	—	—	4	—	4	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Distorsio	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxatio	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Spondylitis	1	—	2	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—
Vulnus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ulcus simplex	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erythema nodosum	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ multiforme	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlegmone	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cancer maxillæ super.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
„ ovarii	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
Fractura costarum	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ malleolaris	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ulnæ	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) En återremitterad till Sahlgrenska sjukhuset.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Fractura tibiæ	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ complicata multipl.	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ anticruris	—	—	5	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ humeri	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ fibulæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ femoris	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ patellæ	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Contusio	—	—	3	1	3	1	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—
	9	5	128	144	137	149	84	80	39	51	4	5	—	—	9	13

O. Tirén.

Tarminvagination hos ett 5 månaders barn, häfd medelst laparotomi och reposition.

Af

A. Lindh.

Gossen A. E. A., 5 mån., intogs på sjukhuset d. $^{17}/_{2}$ 92. Sjuknade $1^{1}/_{2}$ dygn före inkomsten helt hastigt efter att förut hafva varit fullkomligt frisk. Ett häftigt skrik, hvarpå följde häftiga kräkningar. Sedan dess har han nästan hela tiden kräkts och skrikit. Ej haft någon öppning under denna tid. Endast afgång af blod genom anus. Af Dr Belfrage fick han luftinblåsning och lavemang utan framgång. Pat. insändes af bemälte läkare under diagnos tarminvagination. Vid inkomsten gafs 3 à 4 stora vattenlavemang, hvarefter något flatus afgick, men inga fäces. Blef derefter något lugnare och kräktes ej mer. Buken mjuk och oöm. Dagen derpå tillståndet ungefär som förut. Pat., usel och kraftlös, företedde samma symptom, derför gjordes *laparotomi*.

Då handen blifvit införd i bukhålan, upptäckte den snart en mjuk resistens, som kunde framdragas utanför buksåret och befanns bestå af en flerdubbel invagination af ileum och colon ända ned till colon descendens. För repositionen fordrades rätt kraftiga manipulationer, men den lyckades dock. Några synbara adherenser hade ännu ej bildat sig i den invaginerade delen.

Tarmen lades tillbaka i bukhålan, och såret hopfästades. Derefter, medan pat. låg på operationsbordet, sattes ett lavemang, som medförde afföring.

Efter operationen mådde pat. förträffligt hela tiden, hade god matlust (di) och ordentlig afföring med eller utan lavemang.

Såret läktes bra, men efter några dagar märktes gangrän i den ena sårkanten, hvarför en häfta lades rundt omkring lifvet öfver såret, så att ej sårränderna skulle skilja sig från hvarandra.

Allt gick bra och pat. utskrefs nästan läkt och frisk den $^{5}/_{3}$.

Några operationer för appendicitis.

Af

Karl Schiller.

1. Arbetaren F. H. M., 22 år, insjuknade d. 2 April detta år med häftiga smärtor i höger sida af buken, frossbrytningar och kräkningar. Han hade under den närmast föregående tiden haft diffusa smärtor i buken, hvilka dock ej hindrat honom från att dagligen sköta sitt arbete. Omedelbart efter insjuknandet intogs han å sjukhusets medicinska afdelning. Klagade vid inkomsten öfver häftiga smärtor öfver hela buken, som var uppdrifven och gasfyld. Vid palpation af densamma ömmade pat. betydligt, mest dock öfver coecaltrakten, der ej den minsta beröring tåldes. Någon resistens kunde ingenstädes palperas, och perkussionstonen var öfverallt tympanitisk utan någon tydlig dämpning. Allmänna tillståndet var ej särdeles nedsatt. Pulsen var kraftig, ehuru täml. hastig; temp. 38,8°

Diagnos sattes på en perforationsperitonit med sannolik utgång från en ulcererande proc. vermiformis. Som pulsen ännu var kraftig och allmänna krafttillståndet ej kontraindicerade en operation, tillråddes en sådan i hopp om att genom en laparotomi kunna åtkomma causa morbis. Pat. öfverflyttades derför direkt till operationssalen, der straxt skreds till operation.

D. $^3/_4$. *Laparotomi.* Lateralsnitt å höger sida utanför musc. rectus. Vid bukhålans öppnande utrann en ringa mängd grumlig vätska. Tarmslyngorna voro starkt injicierade, svullna, utan synbar peristaltik, med varigt exsudat mellan sig. Proc. vermiformis befanns liggande på utsidan af coecum i en af gamla adherenser bildad, uppåt öppen håla, som var fyld med var. Å densamma syntes ingen ulceration, men den var tjock och betydligt svullen. Ihågkommande ett af professor Lennander publiceradt fall, der ne katarralt afficierad, ej ulcererad appendix gett upphof till ett varigt, stinkande exsudat, beslöt jag mig för att

exstirpera proc. vermiformis, hvilket ock gjordes. Densamma företedde dock å sin slemhinna ej annat än katarrala förändringar. Som fallet var förtvifladt och utgången gifven, gjordes endast en utsköljning af bukhålan med fysiologisk koksaltlösning, hvarpå buksåret slöts, sedan ett glasdränrör inlagts. Efter operationen, som pat. tålde bra vid, var tillståndet jämförelsevis godt. Pulsen endast något hastigare än förut (120—130).

Daganteckningar:

4/4. Pat. känner sig i dag bättre; pulsen kraftigare, 120. Temp. i rectum 38°,2. Genom det inlagda dränröret sköljdes bukhålan medelst koksaltlösning, då en grumlig vätska utrann. På qvällen kräkningar. Delirier.

5/4. I dag åter lugn. Puls och temp. ungef. som i går. Buksköljning genom dränröret med varm koksaltlösning.

6/4. Tillståndet i dag betydligt sämre, pulsen liten, hastig; afled kl. 3 e. m.

Sektionen d. 7/4 visade följande förändringar: Diffus varig peritonit öfver hela bukkaviteten. Lefverns venstra lob låg fastlödd vid ventrikelns främre yta, medelst varigt fibrinösa membraner. Omentet låg på samma sätt fastlödt vid de underliggande tarmslyngorna, som äfven sinsemellan voro fastklibbade. Vid lösgörandet af lefverns venstra lob påträffades på ventrikelns framsida och å dennas midt en rund såröppning, genomsläppande pekfingerblomman, Kanterna kring såret voro fasta, hårda, nästan fibrösa; intet tecken till blödning; slemhinnan omkring såret jämn, något förtjockad. Rummet mellan diafragma, lefvern, ventrikeln, mjälten och flexura coli lienalis utfyldt af tunnflytande, gulaktigt ventrikelinnehåll. Samtliga tarmar för öfrigt starkt hyperämiska och varigt belagda, isynnerhet voro beläggningarne betydliga kring coecum och lilla bäckenet.

Resultatet af sektionen var för mig helt oväntadt. Ett perforerande ulcus ventriculi hade jag ej kommit att tänka på. Huruvida de kolleger, som jämte mig haft fallet om händer, tänkt sig en sådan orsak, vet jag ej, åtminstone nämdes intet till mig derom, då fallet erbjöds mig till operation.

Huruvida man genom att noggrannare utforska anamnesen kunnat komma till den rätta diagnosen, är väl ovisst,

ehuru ej omöjligt. [1]) En del ulcera ventriculi kunna ju förlöpa smygande med relatift lindriga symptom, och detta torde kanske varit ett sådant fall. I hvilket fall som helst kan man dock med trygghet påstå, att utgången blifvit densamma vare sig med eller utan operation.

2. Enkan Sofia J., 60 år, intogs på kirurgiska afdelningen d. 10 Maj 1894 för operation af ett tämligen stort ovarialkystom.

Operation d. 12 Maj. Sedan jag afknutit och exstirperat det väl pedunkulerade, från venstra ovariet utgående kystomet, och jag skridit till undersökning af de högra adnexerna, påträffades bland de i lilla bäckenet nedsjunkna tarmslyngorna en bildning, som i första hand såg ut som ett cystdegenereradt ovarium, men som dock vid närmare påseende befanns vara den cystöst utvidgade, ytterst tunnväggiga processus vermiformis. Det högra ovariet var litet, atrofiskt, utan cystbildning. Då den ballonglikt uppblåsta ändan af appendix var så tunnväggig, att den såg ut att vid minsta våld kunna brista, och det syntes mig ovisst, om ej innehållet ännu kunde vara af sådan beskaffenhet, att dess utsläppande i bukhålan kunde medföra en peritonit, gjordes exstirpation af densamma. Som appendix var fullkomligt fritt och rörligt utan några adherenser, mötte detta ej den minsta svårighet. Tillståndet efter operationen hela tiden det bästa. Ingen feber, inga smärtor. Utskrefs frisk efter 19 dygn.

Den exstirperade proc. vermiformis var päronformigt ansväld, knölig, 70 ctm. lång och på det tjockaste stället 10 ctm. i omkrets. Mesenteriolet nådde ej mer än till midten af det exstirperade stycket. Vid amputationsstället hade appendix normalt utseende. Den utvidgade ändan var något genomskinlig.

Doktor O. Tirén, som gjort den mikroskopiska undersökningen, meddelar:

"Den vidhängande delen af processus vermiformis fullt sluten mot cystan. Den förra visar under mikroskopet ett fullt normalt utseende. Muskelhinna och serosa öfvergå med samma utseende från appendix till cystan. Endast vid afsnörningen synes en från submukosan till serosan gående svålig bindväf utan tecken till inflammatorisk retning. Cy-

---

[1]) Se diskussionen om fallet. (Red.)

stan, hvars vägg på ett ställe, stort som en lillfingerblomma (spetsen), är genomskinlig och ytterst tunn, visar samma struktur som å den normala delen af appendix, endast med den skillnad, att slemhinnan är ytterst tunn med särdeles sparsamt förekommande Lieberkühnska körtlar. Innehållet glasklart, geléartadt."

I den öfver patienten förda journalen funnos inga anamnestiska data, som angåfvo, att förut något eller några anfall af perityflit förekommit. Efter operationen gjordes noggranna efterfrågningar i detta hänseende, men den enda uppgift öfver magsjukdom, som kunde vinnas, var, att för 10 år sedan förekommit tämligen svåra smärtor i epigastrium. Några smärtanfall med bestämd lokalisation åt coecaltrakten tyckas ej hafva förekommit, *så vidt pat. kan erinra sig.* Detta förhållande synes mig vara rätt egendomligt, dock kan man väl ej fullt lita på de uppgifter, som lemnats. Kolikplågor torde nog hafva förekommit, fast de kanske ej varit af så svår beskaffenhet, att de särskildt ihågkommits.

Uppkomstsättet af den egendomliga missbildningen har jag tänkt mig så, att efter en tidigare ulceration af slemhinnan bildat sig ett adstringerande ärr, som så småningom förträngt lumen, så att slutligen fullständig afstängning af passagen inträdt.

Att under denna tid, genom sekretanhopning smärtor och kolik framkallats, är väl högst sannolikt.

Mot det berättigade uti operationen torde kanske med fog anmärkning kunna göras. Som nämdt beslöt jag mig för exstirpation, enär den tunnväggiga cystan vid minsta yttre våld kunnat brista med framkallande af mer eller mindre häftig peritonealretning.

Intressant skulle varit att hafva fått veta cystinnehållets halt af virulenta bakterier. Tyvärr gafs intet tillfälle till sådan undersökning.

3. Maskinist K. M. L., 30 år. Intogs å sjukhuset d. $^1/_5$ 94 för en erhållen skada i ett finger, iföljd hvaraf detta måste amputeras. Under sin vistelse å afdelningen

för denna åkomma klagade pat. upprepade gånger öfver "trög mage" samt smärtor och kolik i densamma. Detta gaf mig anledning att närmare efterforska hans antecedentia, och jag erfor då följande:

Anamnes. Pat. uppger sig för omkring 12 år sedan hafva haft maginflammation och då haft en tumör i fossa iliaca dextra. Samtidigt förstoppning i 14 dagar. Under behandling med isblåsa gick sjukdomen tillbaka, men allt sedan dess har pat. haft mycket trög afföring. Under flera år har han efter måltiderna haft en känsla af fyllnad och spänning i buken, som något lindrats efter uppstötningar af gaser. Sedan påsktiden, detta år, har han besvärats af smärtor, som då och då inställt sig i coecaltrakten och ibland strålat ut åt lumbalregionen. De hafva i allmänhet varit lindriga och ej kommit såsom häftigare anfall med frossbrytningar och hög feber. Sitt arbete som maskinist på en ångbåt har han kunnat sköta utan längre afbrott. Afföringen har dock ständigt varit trög, så att laxermedel behöft användas. Särskildt uppger pat., att månaden före inträdet "magen varit mycket trög", och att smärtorna i coecaltrakten då ock varit häftigare. Efter laxantia och lavemang hafva de dock lindrats.

Status præsens den $^{16}/_{4}$. Pat., som är en liten, mager karl, har ett i allo friskt utseende. Hjärta, lungor, lefver och njurar friska. Buken, som nu är mjuk och eftergiflig, har under vistelsen å sjukhuset merendels hållit sig hård och spänd. I högra fossa iliaca kännes vid djup palpation en strängformig resistens, som är rörlig och glider mellan fingrarne; den är något ömmande. Likaså markeras ömhet öfver Mac Burney's punkt, som just motsvarar resistensens öfre ända. Per rectum kännes intet anmärkningsvärdt. Pat. påyrkade själf att blifva opererad för sitt onda, som han tyckte för mycket besvärade honom vid hans arbete.

D. $^{17}/_{5}$ gjordes derför lateral *laparotomi.* Omentum majus låg och täckte öfver coecum och var medelst adherenser fästadt vid denna. Omentet afknöts och lösgjordes. Proc. vermiformis, som låg intill bäckenkanten, var i sin nedre del fastlödd medelst lätt lösbara adherenser. Den exstirperades på vanligt sätt, hvarpå buksåret slöts.

Den exstirperade proc. vermiformis var rätt lång och hade i sitt lumen en mindre koprolit; Inga sår å slemhinnan. Under mikroskopet iakttogs af Dr Tirén följande:

Alla appendixlager svullna. De subserösa kärlen särdeles dilaterade, blodfylda; fibrinbeläggningar. Submukosan,

minst 3 ggr så tjock som normalt, har tjockväggiga kärl och liflig kärlinjektion med små dels härdvis dels utefter kapillärerna förekommande rundcellsinfiltrationer. Bindväfven i allmänhet mer kompakt än vanligt. Slemhinnan visar likaledes liflig kärlinjektion samt här och hvar blödningar. De Lieberkühnska körtlarne endast sparsamt förekommande med här och der tydliga tecken till proliferation och desqvamation. I den lymfoida väfnaden synas dessutom talrika härdar af rundceller."

Tillståndet efter operationen hela tiden godt. Inga svårare smärtor; ingen ömhet öfver buken. Temp. afebril och pulsen lugn och jämn.

På 7:de dygnet borttogos suturerna; såret då fullständigt läkt. Fick kläder på 23:dje dygnet och utskrefs frisk på 28:de dygnet efter operationen.

Genom en kollega har jag nyss ($2^1/_2$ mån. efter oper.) erfarit, att han fortfarande mår utmärkt och kan utan olägenhet sköta sin tjenst.

4. Kyparen O. G., 25 år. Intogs å sjukhuset d. $^7/_5$ 1894. Lär i slutet af Dec. förra året haft ett anfall af plågor i nedre delen af buken, som snart gått öfver. Aldrig lidit af förstoppning. Insjuknade d. 22 Jan. detta år med häftiga smärtor i buken, först lokaliserade i medellinien, nedtill, sedan i högra fossa iliaca. Ingen förstoppning, inga frysningar, men häftiga kräkningar. Vid intagningen å sjukhusets med. afd. den 27 Jan. hade han en betydlig resistens i högra fossa iliaca, som gick i båge från spin. il. ant. sup. ned mot medellinien; öfver densamma, som var starkt ömmande, fanns dämpad perkussionston. Ingen feber. Under behandling med is, opium och lavemanger förbättrades tillståndet. Utskrefs den $^{23}/_2$ och hade då ingen palpabel resistens, ingen ömhet och normal afföring. Kunde sedan sköta sitt ofta ganska ansträngande arbete och kände sig frisk, tills han d. 11 April på aftonen ånyo häftigt insjuknade under enahanda symptom som i Jan. d. v. s. häftiga frossbrytningar, starka stickande smärtor i ileo-coecaltrakten och upprepade kräkningar. Afföringen före insjuknandet hade varit normal. Intogs å med. afd. ånyo den 13 April. I den öfver honom förda journalen märkes: allm. utseendet slött; dock fullt redig. Pulsen kraftig, jämn, 108; starka stickande smärtor i högra fossa iliaca; kräkningar ett par ggr i timmen; ingen feber. I högra fossa iliaca synes en tämligen stark utfyllnad, sträc-

kande sig inåt till medellinien och uppåt till ett plan ett par ctm. nedom nafveln. Ingen uppdrifning af den öfriga delen af buken. Markerar stark ömhet öfver bnken, synnerligast öfver fossa iliaca dextra, der ock en stor resistens kännes. Ingen afföring sedan insjuknandet. Så småningom bättrades tillståndet, så att pat. d. 7:de Maj kunde öfverflyttas till kirurg. afdeln. i och för operation. Han såg då frisk ut. Subjektiva befinnandet var godt. God aptit och daglig normal afföring. Puls och temp. fysiologiska. Buken mjuk och elastisk. Vid djup palpation kändes i högra fossa iliaca en obetydlig resistens af långsträckt form. Ömmade å Mac Burney's punkt. Per rectum kändes intet abnormt.

D. $^{11}/_{5}$ gjordes lateral *laparotomi och radikaloperation.* Efter peritonealhålans öppnande befunnos coecum och kringliggande tunntarmslyngor hoplödda till en enda stor kaka, som räckte ända ned i lilla bäckenet. Äfven vid bukväggen och blåsan voro tarmslyngor fästade. Processus vermif. kunde följas ett litet stycke, men försvann sedan på djupet mellan tarmslyngorna. Dessa voro med tjocka svålar förbundna med appendix. Lösandet af dessa svåliga adherenser mötte särdeles stora svårigheter och tog mycken tid. Under fripeparering brast appendix och var utrann flera gånger genom den uppkomna bristningen. Mellan de lösta adherenserna fanns å ett ställe en hasselnötstor håla, fyld med ett halffast konkrement och inspisseradt var. Appendix amputerades på vanligt sätt, och stumpen veks in i väggen å coecum. Sedan en grundlig toalett blifvit gjord såväl å det ställe, appendix legat, som i den gamla varhålan, inlades en jodoformgazvel, hvilken leddes ut genom buksåret, hvilket i öfrigt hopsyddes.

Den exstirperade proc. vermiformis mätte i längd något mer än 10 ctm., var tjock och ansväld. Vid uppklippning märkas två, hela väggen perforerande sår; det ena ungefär 2 ctm. från spetsen nära 1 ctm. i genomskärning, gangränöst; det andra närmare vidfästningen och endast permeabelt för en knappsond. Vid det större såret rundt lumen en ärrig indragning. Själfva spetsen af appendix perifert om indragningen var ansväld och innehöll var jämte några små, halffasta konkrement.

Vid den mikroskopiska undersökningen (gjord af Dr Tirén) visa sig enahanda förhållanden som i föregående fall, utom de af ulcerationen betingade förändringarne.

Tillståndet efter operationen var hela tiden godt. På 5:te dagen förbandsombyte. Vid jodoformgazens borttagande utrann ganska rikligt med var, hvarför ett dränrör inlades. Ingen nämvärd ömhet öfver buken. Pulsen normal. Temp. afebril. Fick på 3:dje dygnet afföring medelst lavemang; på 7:de dygnet spontan öppning. Varafsöndringen genom röret fortfor rätt länge, så att pat. först straxt innan utskrifningen den 18 Juni var fullständigt läkt.

5. Fröken O. R., 22 år. Intogs å sjukhuset d. $^{21}/_{6}$ 94. Första anfallet af blindtarmsinflammation för 4 år sedan. Låg då till sängs 3—4 veckor. Sedan frisk ett helt år, hvarefter med korta mellanrum kommo tre anfall, dock af lindrigare art än det första. Sista anfallet för 3 veckor sedan började med frossbrytningar, feber, värk och ömhet i ileo-coecaltrakten och uppdrifning af buken. Blef under behandling med is, op. etc. så småningom bättre. Lär alltid haft mycket trög afföring, isynnerhet straxt före anfallen.

Status præsens d. $^{21}/_{6}$. Pat. ser rätt frisk ut och klagar ej öfver några smärtor. Temp. afebril. Pulsen normal. Har rätt god aptit. Afföringen mycket trög. Ingen afföring under sista sjukdomen. Buken, som ej är uppdrifven, kännes mjuk och elastisk. Ringa ömhet å Mac Burney's punkt. Högra fossa iliaca kännes mera utfyld än den venstra, utan att man dock kan tydligt känna proc. vermiformis. Per rectum palperas intet abnormt. Sedan ett par lavemanger gifvits, efter hvilka följde riklig afföring, skreds till operation d. $^{22}/_{6}$.

Lateral *laparotomi* + *radikaloperation.*

Efter peritonealhålans öppnande befanns coecum öfverdragen med en mängd dels gamla dels färskare adherenser, hvilka löstes. Appendix låg fast fixerad af dylika adherenser och var i sin nedre del omböjd. På utsidan vid omböjningsstället låg en liten afkapslad abscess, innehållande inspisseradt var. Proc. vermif. löstes, ehuru med rätt stor svårighet, från adherenserna och exstirperades. Buksåret dränerades med en till abscesshålan förd jodoformgazvel; suturer, fbd.

Proc. vermiformis befanns starkt ansväld, särskildt slemhinnan var mycket svullen. Inga tecken till ulceration. Vid omböjningsstället en trång striktur. Nedersta partiet, som genom strikturen var nästan afstängdt från den öfriga delen, innehöll en ringa mängd var. Äfven å den ofvan strikturen varande slemhinnan fanns en tunn varbeläggning.

Mikroskopiska utseendet (Dr O. Tirén) visar: "strikturen går igenom alla lagren i väggen; bindväfven der cellrik utan tecken till muskelväf. För öfrigt i närheten riklig cellinfiltration i submukosan, muscularis och serosan. Kärlen starkt blodfylda, särskildt i serosan, blödningar derstädes. Slemhinnan var borta i trakten af afsnörningen, i öfrigt sväld med liflig kärlinjektion."

Tillståndet efter operat. rätt godt; var dock något febril om qvällarne (38,5°). Såret läkte emellertid och endast obetydligt med var utkom ur dränageöppningen. Efter ett lavemang på 6:te dygnet, då pat. krystat mycket för att få ut en massa hårda, stora fäkalklumpar, kändes plötsl. häftiga smärtor i såret. Vid omläggning af förbandet befanns, att under krystningen den ligerade art. epigastr. sprungit upp och orsakat en blödning, som sprängt i sär sårränderna. Peritoneum höll dock. Denna affär fördröjde betydligt tillfrisknandet, som sedan ostördt försiggick. Pat. utskrefs frisk d. 28 Juli.

6. Smeden A. P., 45 år. Intogs å sjukhuset d. $^{27}/_{6}$ 94. Efter att förut hafva varit frisk insjuknade pat. i April detta år med häftiga smärtor i nedre delen af buken. Hade den närmast föregående tiden känt oro i magen och haft täta trängningar till defäkation, men utan att få någon nämvärd afföring. Smärtorna tilltogo derpå; buken blef hård och spänd och ömmade starkt i ileo-coecaltrakten; frossbrytningar och feber inställde sig. Under lämplig behandling lindrades plågorna och tillståndet förbättrades så småningom. Måste dock ligga till sängs i två månader. Sedan har pat. vistats uppe utan att känna några plågor, blott stramning och spänning. Har dock ej kunnat återtaga sitt arbete, emedan vid försök dertill han genast känt smärtor i magen. Haft afföring spontant hvarje dag.

Vid inkomsten å sjukhuset kändes en hård resistens i högra fossa iliaca, som sträckte sig från lig. Pouparti till transversela nafvelplanet och nästan intill medellinien. Den kändes hård och oöm. Ingen ömhet å Mac Burney's punkt.

D. $^{29}/_{6}$. Lateral *laparotomi* + *radikaloperation*. Sedan peritonealhålan öppnats, befanns coecum ligga fastlödd med hela sin främre yta vid främre bukväggen. Adherenserna voro fasta och svåliga och kunde endast med stor svårighet lösas. Efter deras lossande blef appendix synlig och befanns med svåliga adherenser vara intimt förenad med väggen i coecum. Den var tjock och stor och gick

först nedåt mellan coecum och bukväggen samt gjorde sedan en stark omböjning (180 gr. vinkel) och låg med den fria ändan intill dess utgång från blindtarmen. De svåliga sammanväxningarne med coecum voro ytterligt svåra att lösa och togo mycken tid, så att öfver 2 timmar åtgingo till operationens fullbordande. Vid appendix' omböjningsställe låg en liten varhärd, och en annan dylik låg afkapslad i de fasta adherenserna mellan coecum och bukväggen. Efter fripreparering amputerades appendix, hvarpå coecum återfördes i sitt förutvarande läge. Buksåret dränerades med jodoformgaz. Den exstirperade proc. vermiformis var stor och tjock; slemhinnan betydligt ansväld. Vid omböjningsstället fanns en perforationsöppning, stor som en ärta, och i den periferiskt om denna liggande delen fanns ett konkrement af en brun bönas storlek. Denna fäkalsten var (Dr Tirén) vackert lagrad utan kärna. Perforationsöppningen låg mellan 1:sta och 2:dra tredjedelen från coecum räknadt. Rundt deromkring mycket liflig kärlinjektion i alla lagren med blödningar i serosan. Stark rundcellsinfiltration i submukosan och mukosan (härdvis) samt i muscularis utefter kapillärerna.

Tillståndet efter operationen var hela tiden det bästa. Genom dränagen utrann de första veckorna ej obetydligt med var. Temperaturen dock hela tiden afebril. Utskrefs efter 4 veckor läkt och frisk.

7. Flickan H. A., 12 år. Intogs å sjukh. d. $^{11}/_{7}$ 94. Hade under förutgående vinter haft ett anfall af perityflit. Sista anfallet började för 14 dagar sedan med frossbrytningar, häftiga buksmärtor och ömhet i ileo-coecaltrakten. Afföringen både före och under sjukdomen trög, dock hade efter laxantia + lavemang ett par gånger afföring erhållits. Vid inkomsten var tillståndet mycket uselt. Ansiktsuttycket lidande. Intelligensen slö. Huden å ansiktet gulaktig med skarpa veck; tungan torr, belagd; pulsen liten och hastig; temperat. 39,2^{0}, kort sagdt, pat. hade ett pyämiskt utseende. Buken ej särdeles spänd. I högra fossa iliaca kändes en korflik resistens, som var jämn och afrundad, ömmande för tryck. Den låg ej intill spina ilei utan så mycket åt medellinien, att man kunde föra fingrarne emellan den och spinan.

Den $^{12}/_{7}$ gjordes operation.

Som resistensen låg så långt inåt medellinien, att jag ansåg det omöjligt att komma extraperitonealt, gjordes *lateral laparotomi.* Coecum låg adherent till omgifningen,

och vid adherensernas lösande påträffades en hönsäggstor abscesshåla bakom oeh något till venster om coecum. Medelst inlagda sterila kompresser sökte jag, så mycket sig sig göra lät, afstänga den öfriga peritonealkaviteten och skydda den från det framrinnande varet, hvilket hastigast möjligt upptorkades med gaztyg. Af appendix syntes intet spår. Sedan varhålan blifvit bredt öppnad och uttorkad med gaz, dränerades den med gummirör, hvarpå en barrière af jodoformgaz och steril gaz lades rundt om i akt och mening att erhålla en afkapsling af härden och på så sätt få den nu intraperitoneala abscessen afstängd från peritonealhålan, hvilket ock, såsom sedermera visade sig, lyckades. Tillståndet efter operat. blef dock ej bättre, utan fortfor febern att hålla sig omkring 39° om qvällarne. Buken var visserligen mindre öm, men allm. tillståndet var fortfarande lika dåligt. Afföring erhölls efter lavemang nästan regelbundet hvar annan dag. Genom dränröret kom obetydligt med var, och då jag var säker om, att det ej fanns något hinder för varets afflöde ur den öppnade hålan, var ju tydligt, att å något annat ställe skulle finnas någon härd med instängdt var.

Den $^{21}/_{7}$ gjordes derför under narkos en revision af såret, som dock ej ledde till någon upptäckt af var i eller omkring det förut gjorda såret.

Ofvanom detta kändes dock en resistens med dämpad perkussionston, som utan gräns öfvergick i lefverdämpningen. Å detta ställe gjordes incision, dock utan annat resultat, än att man kom in i peritonealhålan och kunde öfvertyga sig om, att den kända resistensen ej utgjordes af annat än en tungformig, ansväld flik af lefvern. De i bukhålan införda fingrarne kunde ej upptäcka någon abnorm resistens ofvan den gjorda afbalkningen af peritonealhålan. Från rectum kunde heller intet palperas. Det antogs derför, att här förelåg ett fall af progredient varig peritonit, der varet dissekerade sig upp mellan tarmslyngorna utan att samla sig å något ställe i större mängd, jämte pyämi. Patientens tillstånd blef allt sämre och d. $^{27}/_{7}$ inträffade exitus letalis.

Sektionen visade en afkapslad peritonit i fossa iliaca dextra. Ingen peritonit i öfrigt. Dränageröret ledde in i en bakom och något på insidan af coecum liggande håla. I denna kunde ej något spår af proc. vermiformis upptäckas. Först sedan coecum med angränsande partier blifvit uttagna och coecum uppklippt, kunde man genom den i appendixlumen införda sonden få reda på läget. Appendix

befanns då ligga i väggen af nyssnämda håla och var afgangränerad $1^1/_2$ ctm. från roten. I omgifningen fanns ingen större oöppnad abscess, men längs kolumnan emellan mesenterialbladen fanns en massa hampfrö — bönstora abscesser. Vid porta hepatis en hönsäggstor abscess. Lefvern betydligt förstorad med en nedåt coecum nedskjutande del af högra lefverloben. Vid genomsnitt visar den sig alldeles fullsatt af milie — dufäggstora abscesser. Mjälten betydligt förstorad, mörjigt sönderfallande. Hypostatisk pneumoni i ena lungan.

8. Fröken M. E. B., 16 år. Intogs å sjukhuset d. $^{13}/_6$ 94. Hade i Jan. detta år smärtor i höger sida af buken, men f. ö. inga svårare symptom; kunde gå uppe. Sjuknade i början af Febr. med häftiga smärtor i höger sida, feber och symptom af peritonit. Blef efter en månad fullst. återställd och kände sig fullständigt frisk, tills hon d. 2 Juni ånyo insjuknade med samma symptom. Hade dock ej särdeles svåra symptom i början, men en dag, då pat. ansträngde sig för att få afföring, kändes plötsligt, "som om något brustit" i magen. Tillståndet blef hastigt mycket sämre, pulsen liten och hastig och buken spänd och öm. Kort sagdt, det förefunnos symptom af en utbredd peritonit. Då jag såg pat. första gången d. $^{12}/_6$, hade hon 39° feber, liten hastig puls och var kolossalt öm öfver buken i sin helhet, som dock ej var uppdrifven i någon nämvärd grad. Någon palpation kunde ej göras på grund af den starka ömheten, men perkussionstonen var kortare öfver höger sida af buken, der ock ömheten var störst. Sedan pat. flyttats till sjukhuset, gjordes under narkos en noggrann undersökning, då en betydande resistens kunde palperas, hvilken sträckte sig från ileo-coecaltrakten uppåt lefvern. Från rectum kändes intet. Operation företogs omedelbart och snitt lades från spina ilei snedt uppåt och utåt. Man kom då in i en håla, hvarur tömdes ungef. två rondskålar stinkande var; sedan den blifvit grundligt utspolad med koksaltlösning och snittet vidgadt, kunde det i såret införda fingret föras såväl nedåt som åt medellinien, der dock hålans begränsningar kunde palperas; uppåt deremot kändes intet slut på densamma. Grofva dränagerör inlades, suturer, fbd. Efter operat. sjönk febern och tillståndet förbättrades; varafsöndringen dock riklig.

Som afloppet för varet uppifrån visade sig otillräckligt, gjordes tvenne ggr d. $^{23}/_7$ och $^{11}/_8$ revision af såret med

inläggning af långa, grofva dränrör så långt upp sig göra lät. Detta oaktadt fortfor dock varafsöndringen att vara riklig och stinkande. Krafterna aftogo så småningom; bronchit, pleurit och pneumoni tillstötte och den $^{16}/_{8}$ således öfver 2 månader efter första operationen inträffade exitus.

Från *sektionen* kan antecknas: Ingen allmän peritonit, men en afkapslad sådan i höger sida af buken; nedre delen af ileum, coecum och colon ascendens fixerade med ganska fasta adherenser vid bukväggen. Lateralt om denna fastlödning finnes längs colon ascendens och coecum en varhåla, i hvilken man inkommer genom det mer än 10 ctm. långa op. såret; hålan sträcker sig uppåt öfver lefvern och omedelbart under diafragmahvalfvet; nedåt räcker den ända ned i lilla bäckenet; hålan håller, isynnerhet i dess öfre del, var i riklig mängd. I hålans vägg ligger proc. vermiformis fixerad. Den är tjock och ansväld. Ett stycke från centrala ändan är den nästan fullständigt afsnörd genom en ärrstriktur; den perifert derom belägna delen var fyld med var. Dessutom fanns en sero-purulent pleurit å höger sida och pneumonier i venster lungas nedre lob.

Se vi tillbaka på ofvan anförda fall, erbjuder N:o 1 föga af intresse som appendicitoperation. Troligtvis har här ej förelegat någon form af appendicit. Den ansvällning och inflammation af appendix, som fanns, får man väl tillskrifva den allmänna peritoniten, som var ytterst florid. Deremot har fallet sitt intresse i diagnostiskt hänseende och ger den lärdomen för framtiden, att såväl anamnesen som subjektiva och objektiva symptom måste på det strängaste granskas, för att man i tvetydiga fall skall komma till rätt diagnos. Om N:o 2 har jag redan yttrat mig. Det har sitt värde som kuriosum. N:o 3 var en jämförelsevis mycket lätt operation af en föga komplicerad appendicit under fritt intervall. I fallen 4 och 6 skedde operationen likaledes under fritt intervall och i N:o 5 straxt efter ett anfall. Alla dessa 3 voro invecklade och isynnerhet N:o 4 och 6 synnerligt svåra operationer, på grund af adherensernas mängd och svåliga beskaffenhet. I alla 3 fallen funnos en eller flera varhärdar i grannskapet af appendix, hvilket naturligtvis gjorde operationen i dubbel

måtto farlig. Bukhålan dränerades med jodoformgaz i alla dessa fall, hvilket jag tror är en absolut nödvändig åtgärd i fall, der mer eller mindre gamla abscesser finnas inkapslade, om man skall kunna undgå en allmän peritonit. N:o 7 och 8 opererades under anfallen. Båda voro recidiv, och båda kommo säkert för sent till operation. N:o 7 var 14 dagar gammalt och företedde redan vid inkomsten tecken på utpräglad sepsis. Den behandlande läkaren hade också redan 8 dagar före inkomsten tillrådt operation, hvilket dock de sjukhusskygge föräldrarne motsatt sig. Först i elfte timman, då pyämien antagligen redan var fullt utbildad, kunde föräldrarne förmås att sända barnet till sjukhuset. Intressant var uppletandet af proc. vermiformis vid sektionen. Trots, att jag nu kunde göra operationsfältet fullt tillgängligt för mig och ej behöfde iakttaga de försiktighetsmått, som vid en operation fordras, var det mig dock komplett omöjligt att från varhålan taga reda på appendix, utan först efter partiets uttagning och sondering från coecum lyckades det mig att finna läget. Att vid operation af appendiciter under anfall nedlägga tid och möda med att leta efter proc. vermiformis synes mig derför vara ett arbete allt för mycket beroende på slumpen och allt för farligt för patienten för att vinna burskap. Kan man efter varhålans uttorkning och inspektion ej genast få reda på appendix och göra den oskadlig, torde man kanske göra bäst uti att vänta. Fallet N:o 8, som omsider också fick letal utgång, torde nog också kommit för sent till operation. Hade operationen kunnat företagas på en tid, då varhålan ej antagit så kolossala dimensioner, då den ej nått upp till diafragmahvalfvet och till alla för dränage mindre åtkomliga fickor omkring lefvern, kanske utgången blifvit en bättre.

Appendiciter, opererade under det fria stadiet.

Af

A. Lindh.

1. Fröken A. B., 27 år, insändes af Dr Fr. Belfrage för operations undergående. Hon hade varit ovanligt frisk till början af 1893, då hon i början af Februari fick sitt första anfall af perityflit, i slutet af Febr. sitt andra, i Mars det tredje, i April det fjerde, i Maj det femte, i Augusti det sjette och i slutet af November det sjunde.

Anfallen räckte ej länge, 8 à 14 dagar högst, men voro mycket smärtsamma och derunder observerade Dr B., som skötte pat., en särdeles stark ömhet och äfven resistens i coecaltrakten. Sedan sista anfallet hade pat. hela tiden känt stor ömhet i högra sidan. Kräkningar hafva ofta påkommit, isynnerhet efter måltiderna. Ofta qväljningar. Afföringen dock ordentlig. Buken har nästan alltid varit spänd.

Vid inkomsten visade pat. samma symptom, som nu beskrifvits, och var så öm öfver coecaltrakten, att någon djupare palpation icke kunde göras. För öfrigt friska organer.

$^{24}/_{1}$ 94. *Exstirpation af proc. vermiformis* på vanligt sätt. Inga adherenser, så att coecum med sitt appendix lätt kunde framdragas utanför buksåret. Å ytan af den 8 ctm. långa och fria processen syntes inga sjukliga förändringar, och vid uppklippning af densamma observerades endast några obetydliga blödningar i slemhinnan, som för öfrigt syntes frisk och ej heller företedde någon strikturbildning.

Under operationen infördes handen i bäckenet och fann uterus, dess annexer och äggstockarne utan anmärkning.

Den exstirperade proc. vermiformis blef icke mikroskopiskt undersökt. Efter operationen blef snart tillståndet mycket tillfredsställande, och pat. mådde väl hlea tiden under sitt vistande å sjukhuset, tills hon utskrefs läkt.

Detta sjukdomsfall synes således öka de redan flera gånger i litteraturen anförda fall, der symptomen af perityflit varit rätt svåra och ofta upprepade, och der man vid operationen finner ingen eller också helt ringa förändringar i appendix.

2. Fröken A. L., 34 år, intogs å sjukhuset d. $^7/_2$ 94 på inrådan af Dr Wolff för undergående af operation.

Så långt pat. kan minnas tillbaka, har hon besvärats af sveda och värk i maggropen, hvilka plågor något lindrats, ifall pat. förtärt vatten eller fast föda i ringa mängd. Aptiten har varit dålig och öppningen mestadels trög. Anfallsvis hade buken blifvit sämre, och pat. har under de sista åren långa tider fått ligga till sängs, ty dessa anfall hafva räckt från 1—4 månader och hafva, sedan pat. var 16 år, påkommit 8 särskilda gånger, det sista började i medio af sistlidne Oktober, och sedan dess hade pat. varit sängliggande. Anfallen börja vanligen med frysningar eller frosskakningar och ofta feber. Derpå svåra smärtor kring nafveln och i högra sidan af buken. Sedan i julas äfven plågor i venster sida. Qväljningar och kräkningar. Förstoppning omvexlande med diarre under anfallen. De lösa öppningarne hafva upprepade gånger varit rödbruna med blodiga slamsor samt slem. För 8 år sedan hade hon en ordentlig tarmblödning.

Menstruationen plågsam, besvärlig och oregelbunden.

Från det pat. var 16 år, tills hon blef 27 år, hade hon vid trötthet eller sinnesrörelse häftiga krampanfall, som kunde räcka ett par timmar.

Efter pat:s intagande å sjukhuset anmärktes, att hon hade ett jämförelsevis friskt utseende och ganska godt hull, fastän hon uppgaf sig hafva betydligt afmagrat sedan hösten. Hon var ytterst nervös. Hennes organer i öfrigt friska, men buken var något uppdrifven och öfverallt ömmande, så att någen djupare palpation ej kunde göras; någon resistens eller svullnad kunde ej heller upptäckas. Inga kräkningar eller uppstötningar, men qväljningar led hon ofta af. Öppning efter lavemang. Plågorna måttliga.

$^9/_2$. *Exstirpation af proc. vermiformis* på vanligt sätt. Appendix visade sig förtjockad, och på dess spets syntes en ärrlik indragning. Der visade sig vid uppklippning slemhinnan att hela väggen var betydligt förtunnad, så att fara för perforation förefunnits. En droppe var utsipprade också

derifrån. 5 ctm. derifrån åt den centrala ändan förefanns en striktur. Äfven der funnos några droppar var. Slemhinnan för öfrigt katarralt svullen och något ulcererad.

Efter operationen mådde pat. under några dagar rätt illa, mest iföljd af nervösa symptom. Kräkningar rätt ofta. Sedermera plågsamma qväljningar. Flatus började snart afgå. Den $^{13}/_{2}$ en blodig afföring efter lavemang. Urinretention några dagar, så att hon behöfde tappas. Morfin och kloral-lavemang måste användas. Ingen feber, högst 38°. Sedermera blef tillståndet allt bättre, så att hon kunde ligga påklädd d. $^{27}/_{2}$. Såret hade läkts på 8 dagar. Pat. är nu under sommaren betydligt förbättrad mot förr.

Här föreligger alltså ett fall, der symptomen af sjukdomen under många år varit ovanligt svåra och plågsamma samt förbittrat pat:s lif, gjort henne overksam och nervös i hög grad. De patologiska förändringarne i sjukdomshärden — appendix — voro en suppurativ katarr med strikturbildning, men ännu ingen perforation och inga adherenser.

3. Arbetaren E. S., 41 år, intogs d. $^{5}/_{2}$. För 7 år sedan ett första anfall af våldsamma, brännande smärtor i buken utan förebud. Qväljningar etc. Sedermera under 1 år symptomfri, men fick sedan efter ett dietfel ett starkt diarre, hvarefter plågor af förutnämda art i ökad grad. Sjukhusvård, hvarvid palperades i regio coecalis en aflång, fast, ömmande tumör. Sedermera ej fullt frisk. Väderspänning, kolik, uppstötning af gaser. Oppning ibland hård, ibland lös. I Okt. 1893 nytt anfall ungefär som förut och total förstoppning. Meteorism. Intogs å medicinska afdelningen, der han hade utbildade ileussymptom. I ileo-coecaltrakten upptäcktes en tumör. Med stora lavemanger ringa afföringar. Efter en månads förlopp öfverflyttades han till kirurgiska afdelningen, der liksom å den medicinska ställdes diagnos på en cancerstriktur i coecum. Efter upprepade stora lavemang fick han slutligen stora afföringar och tillståndet förbättrades hastigt, på samma gång som tumören aftog i storlek. Han ville derför icke underkasta sig någon operation, utan utgick efter 7 dagars förlopp rätt belåten med sitt tillstånd. Afföringen dock sedermera fortfarande trög, så att laxantia fingo användas. Men d. 3 Febr. insjuknade han ånyo i samma symptom som förut och inför-

des å kirurg. afdelningen. I coecaltrakten en hönsäggstor tumör, som kändes fast och hård samt fixerad. Häftiga smärtor, isynnerhet efter lavemang och laxantia. Efter några dagar förbättrades dock tillståndet betydligt. Från andra organ intet att anmärka. Temperaturen, då pat. var sämst, 38—38,5°. Diagnosen vägde mellan cancerstriktur eller appendicit, för hvilken senare det långvariga sjukdomsförloppet och förbättringen i någon mån talade.

14/2. *Operation.* Insnitt på m. recti yttre rand. Mycket förtjockadt, kärlrikt oment adhererade intimt till coecum, bukväggen och bäckenorganerna. Detsamma dels afknöts och dels aflossades. Nu kunde en del af coecum något framdragas. Proc. vermiformis kunde ej finnas, utan antogs ligga i den omentklump, som qvarsatt å coecum. Detta genomklipptes, utan att appendix kunde finnas. Under nedersta partiet af ileum, som låg adherent till bakre bukväggen och neddragen åt bäckenet, kändes en tumörliknande förhårdning. Sedan denna förtjockade del af ileum med någon svårighet blifvit lossad från sitt underlag, upptäcktes slutligen proc. vermiformis hopknycklad under densamma, adherent i en håla. Med svårighet kunde den lösas ur sin grop och framdragas. Den var 3 à 4 ctm. lång och betydligt ansväld — pekfingertjock åt ändan. Den exstirperades på vanligt sätt. Vid undersökning af coecums yta befanns endast på ett ställe serosan något skadad. Närmast ileum var den på ett ställe i några ctm:s utsträckning betydligt förtjockad, men ytan såg frisk ut. Colon transversum adhererade äfven till coecum och ileum samt låg i skarpa knickar neddragen. Den löstes och sköts upp. Förmodligen hade just genom dessa inflexioner symptomen af tarmvred uppkommit. Viscera reponerades och buksåret hopsyddes. Vid undersökning af den exstirperade appendix befanns lumen mycket trångt — icke lemnande rum för en fin knappsond. Slemhinnan föreföll oskadad, ingen missfärgning, inga blödningar, intet var, inga fäkalier. Deremot var submukosan, muscularis och serosan betydligt förtjockad (8—9 mm. genomskärning).

Anmärkas bör, såsom också af berättelsen framgår, att operationen i sin helhet var mycket svår och förhållandena mycket invecklade.

Efter operationen var tillståndet rätt lugnt, inga kräkningar, klagade dock öfver smärtor i buken, hvarför gafs morfin. Pulsen stark och jämn.

$^{16}/_{2}$. Spänning och smärtor i buken. Ej väderafgång Ingen feber. Pulsen god. Ingen öppning med glycerin- och mindre vattenlavemanger.

$^{17}/_{2}$. Natten mycket orolig med häftiga smärtor. Väderafgång något litet. Vid morgonronden buken betydligt uppdrifven, kräkningar blodblandade. Upprepade vattenlavemang utan verkan. Ingen feber. Pulsen rätt kratig. Pat. kollaberade efter lavemangen plötsligt. Pulsen 150—160. Eter- och kamferinsprutningar. Transfusion af koksaltlösning utan förbättring. Afled kl. 7,30 på aftonen.

Sektion. Vid bukhålans öppnande utströmmade en massa gas. Omkring 1 liter brunfärgad, tunnflytande vätska fanns i bukhålan. I nedre delen af bukhålan lågo tarmarne fastlödda med hvarandra och hade mellan sig en tunn, varigt membranliknande beläggning. Adherenserna lätta atr lösa. Vid tryck på coecum utströmma gas och fæces u, ett hampfröstort perforationshål å coecums främre inre sida, ungefär midt emellan proc. vermiformis och ileums inträde. Hålets slemhinnekanter voro släta och sågo ut, som om ett ulcus förut funnits å tarmslemhinnan. Hålet i serosan såg deremot ut som en ruptur. Denna perforations läge motsvarade icke den i operationsberättelsen nämda serosaförlusten å coecum.

Suturerna å proc. vermiformis höllo bra. Colon transversum låg i en skarp knick vid flexura coli hepatica. I magslemhinnan diffusa eckymoser. Från öfriga organ intet att anmärka.

Detta fall är anmärkningsvärdt i många afseenden. Dels medförde appendiciten särdeles svåra symptom för pat. af ileusartad beskaffenhet, hvarför diagnosen också var svår att göra, dels voro förhållandena vid operationen mycket svåra och invecklade, hvilket dock icke så sällan förekommer vid dylika operationer.

Att häftiga ileussymptom så ofta här uppträdde, torde i någon mån förklaras af inflexionen i colon transversum samt af förtjockningen i väggen af coecum och närgränsande del af ileum.

2 dagar efter operationen hade en stark utspänning af gas egt rum i coecum, hvarigenom en perforation af det antagligen gamla såret i blindtarmens vägg uppstått, hvar-

till måhända äfven medverkade de lavemang, som måste gifvas pat. i ändamål att bringa honom lättnad medelst väderafgång och afföring.

Fall af nefrektomi + ureterektomi.

Af

Karl Schiller.

Ogifta Jenny S., 26 år. Intogs å kirurg. afd. d. 29 Mars 1894.

Anamnes. Tuberkulos finnes inom släkten. Pat., som förut varit frisk, var under slutet af förra året hängsjuk och klen. Hade ingen hosta, men var andfådd och trött. För omkring 10 veckor sedan började inställa sig en diffus värk öfver buken, som samtidigt blef öm, något starkare öfver höger sida. Ingen värk eller ömhet i lumbaltrakten. Buken kändes hård och spänd. Någon tumör har dock aldrig observerats. Samtidigt instälde sig tätare behof till urinering. Trängningarne hafva på sista tiden tilltagit i freqvens och påkommit oftare om nätterna. Urineringen har dock försiggått smärtfritt och utan sveda. Urinen, som förut varit klar, blef grumlig. Grumlingen ökades, tills pat. intogs å sjukhus, men sedan har den något minskats. Urinen har aldrig varit blodig och ej medfört sten eller grus. Sista tiden har pat. magrat af mycket och matlusten försvunnit. Krafterna hafva ock aftagit, så att sängen måst intagas. Vårdats å sjukhus de sista 5 veckorna.

Status præsens d. 30 Mars. Pat. är ytterligt mager. klen och kraftlös. Förmår ej vara uppe. Temp. om qvällarne $38{,}2^0$—39^0. Pulsen mjuk, 100 i freqvens. Aptiten dålig. Afföring normal. Klagar öfver smärtor i magen, som dock ej kunna lokaliseras till något bestämdt ställe. Hjärtat utan anmärkning. Öfver högra lungspetsen bronchiel andning med hårda knattrande rassel. Buken ganska spänd, dock ej vidare uppdrifven. I högra sidan af densamma palperas en resistens, som sträcker sig uppåt ett stycke ofvan det transversela nafvelplanet; inåt når den till medel linien och nedåt i jämhöjd med spina ilei ant. sup. Tumören kan äfven tydligt kännas i lumbalregionen. Den är rundad, fast och jämn, ej knölig; ömmar blott obetydligt

för tryck och är ej förskjutbar. Ändrar ej heller läge vid respirationen. Perkussionstonen öfver densamma är matt; blir framåt, uppåt och nedåt öfver tumörens kanter dämpadt tympanitisk. Perkussionstonen öfver buken i öfrigt tympanitisk. Venstra njuren ej palpabel. Per vaginam kännes corpus uteri och adnexerna å båda sidor som en enda sammanhängande resistens. Urinen är starkt grumlig, af sur reaktion, håller rätt mycket albumin; afsätter ett rikligt sediment af hvita blodkroppar samt enstaka röda; inga cylindrar eller njurepitel. Urinmängden vexlar mellan 500—875 kbcm. per dygn.

D. 4:de April operation. Snitt på utsidan af musc. sacrolumbalis från 12:te refbenet till crista ilei, och från detta snitt lades ett 10 ctm. långt tvärsnitt. Sedan njuren frigjorts från sina vidfästningar, gjordes försök att framdraga densamma i såret, hvilket dock ej lät sig göra på grund af dess betydliga storlek. På ett par fluktuerande ställen gjordes derför incision i afsigt att förminska volymen, och, sedan en mängd tunnflytande var och ostiga massor uttömts, lyckades det att upplyfta njuren så mycket, att en elastisk ligatur kunde anläggas. Derpå exstirperades njuren och sårhålan utsköljdes med varm koksaltlösning. En stark silkesligatur lades derpå innanför den elastiska och på insidan om den fingertjocka ureteren. Af njurbäckenet bortklipptes så mycket sig göra lät, och ureteren framdrogs och afklipptes vid bäckenranden. Såret fyldes derpå med jodoformgaz. Muskel- och hudsuturer.

Den exstirperade och på var tömda njuren mätte 19 ctm. i längd och 9 ctm. i bredd; tjockleken, då dess hålrum voro fylda med var, cirka 10—12 ctm. Vid genomsnitt visade den sig bestå af en massa större och mindre med tunnflytande var och ostiga massor fylda hålor. Af det normala njurparenkymet sågs blott här och hvar en liten ö. Njurbäcken och ureter fullsatta af tuberkler, delvis i ostigt sönderfall.

Tillståndet efter operationen ganska nedsatt; pulsen liten, mjuk och hastig, blef efter några kamfer- och eterinjektioner starkare och lugnare. Smärtorna jämförelsevis obetydliga. De följande dagarne förbättrades tillståndet så småningom. Temp. afebril utom på 5:te dygnet, då den steg till 39°. Jodoformgaztampongen fick ligga till d. 14:de (10 dygn). På 17:de dygnet lossade den elastiska ligaturen och på 22:dra dygnet fick pat. kläder. Hon var då vid ganska godt hull och jämfördt med vid inkomsten vid goda

krafter. Urinen var i början starkt grumlig och svagt blodfärgad samt afsatte en tjock bottensats. Småningom blef den dock klarare, ehuru den aldrig blef fullt klar. Urinmängden, som första dygnet efter operat. var 400 kctm., steg så småningom och var på 5:te dygnet 875 eller lika mängd som före operationen. Urinmängden höll sig sedan mellan 800—1000 gm per dygn. Under konvalescenstiden fick pat. flera gånger blodig urin, utan att dock allm. tillståndet deraf påverkades. Vid utskrifningen fanns ännu spår af blod.

I så måtto kan ju fallet hafva sitt intresse, som det visar, att nefrektomi af en tuberkulös njure kan vara berättigad, äfven om för öfrigt flera tuberkulösa härdar finnas inom kroppen.

Här fanns med visshet en tuberkulös härd i högra lungan samt sannolikt tuberkulösa förändringar i blåsan, venstra njuren och uteri adnexer. Hade pat. ej underkastats operation, torde sannolikt att döma af det usla tillståndet vid inkomsten, som trots en 5 veckors behandling å annat sjukhus ej förbättrats, fallet redan gått till exitus letalis. Nu gick pat. i stället ut, om ej frisk, så dock rustad med bättre krafter, till den forsatta striden mot tuberkelbacillerna.

Operationer för mera diffus peritonitis.

Af

A. Lindh.

1. Enkan A. L. 64 år, intogs d. 4/9 efter öfverflyttning från med. afdelningen, där hon en tid vårdats för ileus-symptom. Hon hade visserligen ibland kunnat få medelst lavemang något litet afföring och äfven väderafgång, men buken var meteoristiskt uppdrifven, öm och smärtande. Kräkningar. Således talade symptomen äfven för en peritonit. Allmänna tillståndet uselt.

5/9. *Laparotomi.* I bukhålan ett grumligt exsudat. Tarmarne sinsemellan sammanlödda genom fibrinöst exsudat. Allmän peritonit. Bukhålan och tarmarne rensköljdes så grundligt som möjligt med en stor mängd koksaltlösning. Colon strax nedom flexura hepatica sammanfallen, hvaremot colon ascendens och coecum voro starkt utspända af gas, beroende därpå att colon var vriden kring sin axel ett halft hvarf i närheten af ofvannämda flexur. Coecum var iföljd af ett ovanligt långt mesenterium rätt rörlig och kunde föras ett godt stycke utanför buksåret i och för undersökning. Såväl den som proc. vermiformis företedde intet anmärkningsvärdt. Ingenstädes i tarmkanalen kunde någon perforation upptäckas, hvilket man dock hade anledning befara vara förhållandet.

Tarmarne infördes åter i bukhålan och buksåret sammansyddes.

6/9. Lavemang återkom färgadt.

7/9. Tillståndet efter operationen tillfredsställande. Buken mindre spänd. Obetydliga smärtor. Pulsen god.

8/9. Fast afföring efter lavemang.

11/9. Började tillståndet åter blifva sämre och hjärtverksamheten svagare.

19/9. Under sista veckan hafva krafterna aftagit. Temperaturen har dock aldrig gått öfver 38,5°. Förstoppning, som dock ibland kunde något lindras med ett lave-

mang. Buken mera spänd. Buksåret hade delvis öppnat sig, och ur bukhålan framkommer isynnerhet vid tryck stinkande var. I botten af såret syntes ett par starkt injicierade tarmslyngor. Tillståndet försämrades så småningom, och pat. afled i dag.

Sektion. Genom buksåret inkom man i en stor afkapslad abscesshåla. Botten i densamma utgjordes af de starkt gasfylda tunntarmarne, som i ett paket sköto öfver åt venster och med sin tyngd fullständigt komprimerade colon descendens och flex. sigmoidea. Coecum fortfarande rörlig, företedde å sin framsida ett 2-örestort gangränöst, perforerande sår. På utsidan af coecum låg en afkapslad abscess och en dylik äfven framför lefvern, hvilka båda varhålor kommunicerade med hvarandra. Proc. vermiformis utan anmärkning. På andra ställen, utom i de ofvannämda abscesserna, hade peritoneum parietale och viscerale ett friskt, glatt utseende.

Starkt utpräglad infektionsmjälte. För öfrigt intet att anmärka.

2. Herr H. B. 51 år, öfverflyttades fr. med. afdeln. d. $^{21}/_{9}$. I slutet af sistlidne Febr. sjuk i buken för första gången på ungefär samma sätt som nu. Plågor mest åt högra sidan. Kräkningar, förstoppning ända till 8 dagar från sjukdomens början. 2:dra gången lindrigt i början af April. 3:dje gången något svårare i slutet af April. Nu från d. $^{18}/_{9}$ ingen afföring, plågor i hela buken, men mest i högra sidan. Qväljningar. Kräkningar, som d. $^{20}/_{9}$ voro fäkala. Efter lavemang endast något litet väderafgång. Buken spänd och hård, ömmade mest i högra fossa iliaca, men för öfrigt öfver allt. Svår hicka. Allmänna tillståndet och hjärtverksamheten dock tämligen goda.

$^{21}/_{9}$. *Laparotomi.* Snitt först parallelt med högra lig. Pouparti, staxt innanför spin. il. ant. sup. Då peritoneum öppnades, utrann en grågrumlig vätska i ringa mängd. Proc. vermiformis fanns dubbelviken, inbäddad i varigt fibrinösa adherenser. Den fripreparerades och exstirperades efter ligering. Den var fyld med var och perforerad. Äfven straxt ofvan basen af appendix fanns på coecum ett $^{1}/_{2}$ ctm. långt perforerande sår med ojämna ränder, hvilket suturerades. Intet fäkalt innehåll syntes dock i buken. Därefter, då abscessen tycktes hafva perforerat inåt den öfriga bukhålan, gjordes insnitt i medel-

linien, hvarvid befanns, att peritoniten var diffust utbredd i hela bukhålan. Tarmarne starkt injicierade, luddiga och med hvarandra sammanlödda genom fibrinösa adherenser. Tämligen rikligt grumligt, varigt exsudat. Nu utfördes tarmarne i och för undersökning delvis ur bukhålan, hvilken liksom tarmarne så noggrannt som möjligt rengjordes med upprepade sköljningar af koksaltlösning, hvarefter, då intet vidare anmärkningsvärdt påträffades, buksåret tillslöts och förband anlades.

Af de därefter förda dagantecknigarne framgår, att pat. mådde ganska bra efter operationen och att allmänna tillståndet liksom hjärtverksamheten var godt. Den $^{22}/_{9}$. Liten afföring efter lavemang. $^{23}/_{9}$. Små illaluktande kräkningar. Med magpump tömdes ventrikelinnehållet, som var rikligt, något fäkalluktande. Den envisa hickan fortfor. Tre lavemang utan afföring. $^{24}/_{9}$. Lavemang utkommer starkt fäkalfärgadt. Magsköljning. Allmänna tillståndet fortfarande någorlunda godt.

Sedermera försvunno så småningom ileus-symptomen och tillståndet fortfor att vara tillfredsställande. Temperaturen hade hela tiden ej gått öfver 38,2^{0}. Vanligen feberfri.

D. $^{24}/_{10}$ utskrefs pat. fullt läkt och frisk.

Sedan dess har han upprepade gånger besökt mig frisk och kry.

3. Bokhållaren O. L. 22 år, intogs å sjukhuset d. $^{3}/_{10}$. Förut alltid frisk, hade han under 3:ne veckor ibland känt plågor i buken. Den 1 Okt. fick han på aftonen häftiga, mycket svåra smärtor i buken, mest åt högra sidan, där han också ömmade för tryck. Sedermera hvarken öppning eller väderafgång oaktadt 4 stora vattenlavemang i hemmet.

Status præsens vid inkomsten d. 3 Okt. Puls regelbunden, 88; temperatur 38,6^{0}. Buken icke uppdrifven. Någon resistens kan ej palperas. Ömhet tämligen likformig öfver hela buken, dock mest kring nafveln, men ej särskildt i ileo-coecaltrakten. Perkussionstonen öfverallt tympanitisk. Plågor, nästan ständigt "knip i magen". Då och då uppstötningar af gaser. Inga kräkningar eller qväljningar. Ingen afföring eller väderafgång. Vid undersökning af rectum påträffades intet anmärkningsvärdt. Allmänna tillståndet någorlunda drägligt. Perityflit misstänktes, men, då symptomen af ileus voro mest framträdande, fortsattes med ofta upprepade lavemang med den påföljd, att dessa lavemang redan dagen efter pat:s intagande å sjukhuset

utkommo färgade och fäkalt luktande. Äfven magsköljning. Under de följande dagarne förbättrades pat:s tillstånd betydligt. Temperaturen högst 38°. Dagliga afföringar.

Men d. 13/10 försämrades tillståndet ånyo. Ingen afföring eller väderafgång kunde framkallas med lavemang. Buken blef spänd och öm. Fäkal kräkning. Vid undersökning per rectum kännes en stor resistens bukta i den främre väggen. Allmänna tillståndet dåligt. Nu gjordes *laparotomi + exstirpation af proc. vermiformis.*

Snittet lades i medellinien och måste under operationens gång förlängas, så att det sträckte sig ifrån symph. pubis till proc. ensiformis. Tarmarne befunnos vara betydligt utspända af gas, mycket hyperämiska samt delvis belagda med tunna, fibrinösa slamsor (allmän peritonitis). På ett ställe af tunntarmen var serosan skadad, hvarför ett par suturer där inlades. Blåsan, som stod högt ofvan symfysen, tappades. Vid letandet efter hindret för tarmpassagen påträffades mellan blåsan och rectum en större resistens, hvilken vid manipulationerna brast och uttömde i bukhålan en stor mängd mycket illaluktande var. Orsaken till ileussymptomen befanns vara, att flexura sigmoidea var i en skarp inflexion neddragen i bäckenet och bildade en del af väggen för denna abscess. Emellertid rensköljdes tarmar, buk- och bäckenhåla så godt sig göra lät med massor af ljum koksaltlösning. En sond infördes i rectum. Gaser och tarminnnhåll kunde därigenom utpressas, så att tarmarnes utspänning något förminskades. Nu uppsöktes blindtarmen och proc. vermiformis, hvilken senare var intimt adherent med ileum och coecum. Den löstes med stor svårighet från dessa adherenser, i hvilka äfven fanns intorkadt var, som kommit från processens perforation, och underbands straxt intill coecum samt afklipptes. Abscessen i bäckenet ledde tydligen sitt ursprung från denna perforationsperitonit. Appendix befanns vid uppklippningen innehålla en "fäkal-sten", något större än en vindrufskärna; på ytan var den knottrig och ganska hård. Där denna 'sten' legat, fanns i väggen ett stort sår, som endast täcktes af serosan, hvilken var synnerligen tunn och på ett ställe hade en fin perforationsöppning. Slemhinnan i öfrigt ansväld.

Bukhålan sköljdes ånyo med koksaltlösning. Med någon svårighet infördes de spända tarmarne, och buksåret tillslöts med djupa och ytliga suturer utom i sin nedra del, genom hvilken ett groft dränrör infördes ned i bäckenet och fastsyddes i nedre sårvinkeln.

Pat:s tillstånd efter operationen var under de första dagarne ganska oroväckande. Buken var några dagar hård, spänd och öm. Pat. kräktes ibland upp en illaluktande, kaffesumpliknande vätska, hvilket dock lindrades med upprepade magsköljningar. Puls någon gång ända till 140; temperaturen högst 38,5°. Qväljningar och uppstötningar. Ur dränröret framkom ibland sekret med fäkal färg och lukt. Lavemangen gjorde till en början ringa nytta, men efter några dagar blef deras verkan bättre. Äfven plågades pat. några dagar (fr. d. $^{19}/_{10}$) af aphtæ å tunga och munhåla. Men omsider blef han dock så småningom bättre, så att han d. $^{4}/_{11}$ fick äta fast föda. D. $^{18}/_{11}$ fick han lemna sängen och utskrefs d. $^{20}/_{11}$. Allmänna tillståndet mycket tillfredsställande. Buken insjunken och mjuk. Dränsåret läkt. Pat. har sedan dess åtskilliga gånger visat sig fullkomligt frisk.

4. Vaktmästaren K. V. L. 27 år, intogs å sjukhuset den $^{29}/_{10}$. Sedan flera år har pat. lidit af trög afföring och ofta haft "knip i magen". Flera gånger har han på grund af smärtor i coecaltrakten under några dagar måst intaga sängen. För ungefär 1 år sedan hade pat. ett svårare anfall, som höll honom till sängs något mer än en vecka. Magen var då spänd och öm, isynnerhet åt högra sidan.

Natten mellan d. 14 och 15 Oktober fick pat. häftiga plågor i buken, hvilka sedan med mindre afbrott fortfarit och hållit pat. i sängen. Flatus hafva gått rikligt. Afföringen trög, hvarannan dag. Inga kräkningar, men uppstötningar.

Status præsens d. 29 Okt. Buken, spänd och något uppdrifven, ömmar ganska betydligt öfver båda fossæ iliacæ. Någon resistens kan ej genom bukväggen palperas. Perkussionstonen öfverallt tympanitisk. Vid undersökning per rectum kännes främre tarmväggen bukta betydligt bakåt, och åt höger sida, där pat. ömmar starkt, kännes en rätt stor, tämligen hård resistens.

Allmänna tillståndet någorlunda drägligt. Ingen feber. Medelst troicart gjordes nu en profpunktion genom recti vägg in i den ofvannämda resistensen, och, då var utkom, vidgades öppningen med en Péans klämpincett för att bereda bättre aflopp, hvarefter en riklig mängd stinkande var framstörtade. Dagen derpå infördes pekfingret i den rätt

stora abscesshålan, som tycktes hafva fasta stadiga väggar, hvarefter ett tjockt dränrör inlades och hålan utspolades.

Efter denna operation tycktes pat:s tillstånd betydligt bättra sig, hvadan intet annat operatift ingrepp ansågs nödigt. Nästan feberfri under den följande tiden. Buken småningom mindre spänd, ömmar dock hela tiden något öfver venstra fossa iliaca. Afföringarne, som hela tiden varit något lösa, blefvo dock så småningom diarrhe-aktiga och profusa, hvarför pat., som nu blifvit betydligt nedsatt, d. $^{30}/_{11}$ öfverflyttades till med. afdelningen, där han under symptom af en dysenteri-liknande colitis afled d. $^{9}/_{12}$.

Sektion: Vid bukhålans öppnande visar sig omentet fastlödt på flera ställen dels med tarmslyngor dels med bukväggen. Tunntarmens slyngor mer eller mindre sammanlödda dels sinsemellan till ett stort paket i lilla bäckenet, dels med bukväggen, dels med colon descendens, som var fast sammanvuxen vid venstra bukväggen. Flexura sigmoidea fastlödd vid tunntarmspaketet i lilla bäckenet. I allmänhet tarmarne starkt skifferfärgade, på ytan med fibrinöst varig beläggning och med ända till hasselnötstora varansamlingar mellan de sammanlödda tunntarmslyngorna, mest å venster sida. Vid närmare undersökning finnes proc. vermiformis bortulcererad och därifrån utgår en svålig skifferfärgad med varig, mörjig vätska delvis genomsatt bindväf, som jämte de ofvan nämda tunntarmarne så godt som utfyller lilla bäckenet och sammanlöder allt till ett ej lätt utredt kylse. I rektalslemhinnan ända upp mot flexura coli sin. en svullen, delvis nekrotisk, knottrig slemhinna med diffusa blödningar, så att den i sin helhet har blodigt missfärgadt utseende. Därofvan till nedre delen af ileum difteritisk beläggning, fläckvis (flathandstora områden) med delvis djupare nekros, ulcerationer och blödningar. Ileum utom allra längst ned utan anmärkning.

I lungornas spetsar spår (ostiga ärtstora härdar) af börjande tuberkulos.

Pat-anatom. diagnos. *Ulcus proc. vermiformis c. perforat.* + *Entero-colitis acut diphterit.* + *Peritonitis diffusa.*

Jag har refererat dessa fyra fall hufvudsakligen för att söka visa, att i allmänhet vid diffusa peritoniter, uppkomna t. ex. i följd af en appendicit, inga halfva åtgärder böra vidtagas, utan att det är bäst att skrida till

laparotomi dels för att upptäcka och om möjligt afhjälpa orsaken till peritoniten, dels för att man må kunna undersöka bukhålan i dess helhet, upptäcka alla varsamlingar och så noga som möjligt renskölja densamma.

I första fallet blef ändock utgången ogynnsam, beroende på den tillstötande perforationen af coecum, men sjukhistorien visar ändock, att en gammal, djupt nedsatt qvinna kunde utan skada genomgå en laparotomi, hvarefter hon till ock med förbättrades under några dagar.

Hon lefde dock 14 dagar efter operationen, oaktadt perforationen tillstötte. Fallet är dunkelt, men jag är böjd för att tro, att hon från början haft ett bråck, som reponerats, hvarifrån peritoniten sedan utgått. Visserligen nämner anamnesen ingenting härom, men det är dock ej omöjligt, att pat. förbisett detta och glömt att nämna derom.

2:dra fallet är ett exempel bland många, att vid en peritonit ileus-symptomen äro så framträdande och så täcka tecknen af peritonit, att man nästan är böjd att tro ileus vara den egentliga sjukdomen. Här talade dock anamnesen så tydligt för en perityflit som anledning till sjukdomen, att det operativa ingreppet först gjordes direkt mot coecum. Derefter laparotomi, hvarvid befanns, att pat. hade en diffus varig peritonit.

Efter operationen var pat:s tillstånd tillfredsställande hela tiden, oafsedt att ileus-symptomen fortforo under de första dagarne.

3:dje fallet är det andra tämligen likt — också utbredd peritonit — efter perforation af en appendicit, men dessutom fanns här i bäckenet en stor abscess med stinkande, fäkalt luktande var, hvilket under operationen tömde sig bland tarmarne i bukhålan och ytterligare inficierade densamma. Dessutom framkom sedermera genom dränröret i buksåret fäkalblandadt var, tydande på någon tarmperforation. Men allt gick dock bra, och pat. åtnjuter f. n. den bästa helsa.

4:de fallet har jag anfört just för att visa, att en laparotomi troligen skulle hafva gjort pat. mera nytta än

en blott och bar incision i bäckenabscessen. Visserligen kunde upprepade undersökningar af bukhålan icke gifva några bestämda symptom af någon abscess därstädes — tvärtom blef buken alltmindre spänd och slutligen blef den nästan sammanfallen —, men man måste dock med stor sannolikhet antaga, att orsaken till sjukdomen var en appendicit. Det långvariga förloppet, plågorna och ömheten i venstra sidan af buken tydde ock på en fortgående sjuklig process i bukhålan.

Sedan pat. slutligen dukat under för en tillstötande ulcerativ colit, fanns också mellan de sammanlödda tarmslyngorna ända till hasselnötstora varsamlingar, mest åt venstra sidan.

Hade en laparotomi här utförts i tid, och pat. haft krafter att genomgå densamma, är det väl troligt, att dylika varsamlingar icke skulle hafva bildat sig.

Kronisk pyelit. Bindväfshyperplasi i njuren. Nefrektomi.

Af

A. Lindh.

Fröken D. N., 20 år, intogs å sjukhuset d. 18 Aug. 1894.

Redan för 4 à 5 år sedan bekom pat. symptom af sin nuvarande sjukdom. Urinen blef litet grumlig, black och slemmig; någongång tjock och mycket grumlig — dock aldrig blod- eller grusaktig. Från samma tidsperiod har hon nästan ständigt besvärats af svåra smärtor i högra njurtrakten, hvilka strålat ned mot ljumsktrakten och ofta haft karakter af kolik.

Tidtals hafva dessa smärtor varit så svåra, att hon månadetals måst intaga sängen.

Från början af Mars månad d. å. har pat:s tillstånd försämrats; smärtorna hafva varit värre än någonsin och mera ihållande, och hon har sedan dess mestadels varit sängliggande. Ett par gånger har urinen undersökts på tuberkelbaciller, men med negatift resultat. Hon har naturligtvis undergått behandling af många läkare. Tidvis har hennes urinblåsa blifvit sköljd. Druckit åtskilliga vatten och tagit mångahanda medicin. Intet har hjälpt, utan sjukdomen har fortgått ohejdad, hvarför pat. med glädje omfattat förslaget att medelst operation blifva qvitt sin njure.

Status præsens. Allmänna tillståndet något nedsatt tillföljd af mattighet, men pat:s utseende är icke sjukligt. Dock betydligt mager. Klagar öfver ständiga smärtor i högra njurtrakten både natt och dag och känner sig iföljd af värken mycket nervös. Aptit och sömn dåliga. Afföring ojämn. Urinen är vanligen black, grumlig och slemmig, innehåller f. n. icke albumin. I bottensatsen inga cylindrar eller njurelement, endast riklig mängd celler. Reaktionen sur. Ingendera njuren kännes förstorad. Den högra låter

dock ibland palpera sitt nedra segment och är rätt mycket ömmande. För öfrigt intet att anmärka. Inga tuberkelbaciller kunna vid undersökning påvisas i urinen.

Diagnos: pyelitis, beroende antingen på tuberkulos eller stenbildning.

Då ingen behandling visat sig kunna medföra någon förbättring eller lindring åt pat., som verkligen tycktes lida så mycket af sin sjukdom, att hennes lif däraf förbittrades, beslöts att blottlägga njuren, undersöka densamma och därefter handla efter omständigheterna.

$^{20}/_{8}$. *Nefrektomi.* Längdsnitt efter m. sacrolumbalis' yttre rand. Njuren fripreparerades och framdrogs i såret. Den såg något litet förstorad ut, hade på ytan fåror och djupare insänkningar, isynnerhet af mellanpartiet, antydande lobering. I sin helhet något lös till konsistensen. Inga stenar eller förhårdningar kunde vare sig vid palpation eller upprepad punktion upptäckas. Slutligen upptäcktes i öfra spetsen ett något fluktuerande parti, som vid punktion visade sig vara en hasselnötstor håla med ett innehåll, liknande urinen, och som vid närmare undersökning befanns kommunicera med njurbäckenet, som kändes något — dock ej vidare anmärkningsvärdt — utvidgadt. Njursubstansen tydligen reducerad, isynnerhet i midtelpartiet, som var, som nämdt, något sammanfallet, tunnt och sladdrigt samt hade på ytan en grådaskig färg.

Under dessa förhållanden och då njuren tydligen i hög grad var sjukligt förändrad, ansågs, att intet annat kunde med någon fördel företagas än exstirpation. En silkesligatur lades omkring njurkärlen och en annan omkring ureteren, hvarefter pedunkeln afklipptes. Suturer, dränage och förband. Pat:s tillstånd under och efter operationen godt.

Vid snitt genom den uttagna njuren visade sig calyces vidgade, papillerna atrofiska och njurparenkymet betydligt reduceradt. I synnerhet var njurens midtelparti förändradt och förvandladt till en svålig bindväfsbildning. På ett par ställen hålor i corticalis, stående i samband med njurbäckenet, som icke var särdeles utvidgadt. Ingenstädes stenar eller grus. Makroskopiskt att döma inga tecken till tuberkulös degeneration.

Doktor Tirén, som sedan närmare undersökt denna njure, meddelar följande: "Njuren mäter i längd 10 ctm., i bredd 5 ctm., i tjocklek 2,5 ctm. På dess främre yta märkes i nästan hela den mellersta tredjedelen, bredast mot hilus, en ärrlik skrumpning af parenkymet, där kapseln fast

adhärerar. Lobering tydlig dels i allmänhet dels ock äfven af detta skrumpnade parti. Njurbäckenet kännes något tjockare än vanligt, dess lumen ej utvidgadt.

Snittytan frisk utom å det ofvan omnämda stället, där njurväfnaden endast mäter omkring 1 ctm. i tjocklek, är fast och hård, bindväfslik samt endast otydligt företeende om normal sådan påminnande struktur.

Bäckenets slemhinna något sväld, ej ulcererad, men försedd med talrika små eckymoser. Vid trakten af det skrumpnade stället visar den inga särskilda förändringar. Mikroskopisk undersökning visar liflig cellinfiltration i allmänhet, riklig bindväfsbildning med atrofi och degeneration af körtelväfven.

Dessutom sparsamt förekommande härdvisa rundcellsinfiltrationer såväl i märg som bark. Kärlen förete inga särskildt anmärkningsvärda förändringar".

Af de gjorda anteckningarne framgår, att pat:s tillstånd var godt efter operationen, utom att hon hade smärtor i såret och högra sidan. Ingen feber. Sedan 3:dje dagen efter operationen icke albumin i urinen, som småningom blef klar; dess dagliga mängd varierade mellan 520—1250 kbctm.

Utskrefs n. läkt d. $^{9}/_{9}$ 94. Har sedan dess varit fri från de gamla smärtorna och är fortfarande frisk. Någon gång har ett spår af ägghvita upptäckts i urinen.

Jag har ansett, att detta fall varit af så stort intresse, att det kunde offentliggöras. Dels äro förändringarne i njuren rätt ovanliga, och dels är det icke så vanligt, att en okomplicerad pyelit medför så svåra och ihållande smärtor. Orsaken till den kroniska inflammationen i njurbäckenet är också dunkel. Sten förefanns ej, ej heller tuberkulos. Från någon kron. cystitis hade nog ej heller någon infektion gått uppåt, emedan redan ett par dagar efter operationen urinen blef klar och normal. Möjligen hade någon *akut* cystit varit första orsaken.

Den sjukliga förändringen i njuren motiverar tillräckligt exstirpationen af njuren, något lindrigare ingrepp hade här icke kunnat bringa någon förbättring.

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 1894.

Sjuke personer:	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde: friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1895	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
invertes	30	39	561	571	591	610	260	245	210	246	27	31	56	35	37	53
Sjukdomar:																
I. Vitiæ primæ conformationis.																
Foramen ovale apertum	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
II. Morbi seniles.																
Marasmus senilis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Gangræna „	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
III. Morbi contagiosi et miasmatici acut.																
Varicellæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Morbilli	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Scarlatina	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1]	—	—	—	—	—
Febricula	—	—	2	11	2	11	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris typhoides	—	—	21	20	21	20	10	10	—	—	9[1]	9[1]	2	—	—	1
Dysenteria	—	—	3	4	3	4	—	—	—	—	3	1	—	3	—	—
Cholera nostras	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Influenza	—	1	2	1	2	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Pertussis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

[1]) Remitterad till epid. sjukhuset.

Diphtheria	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Neuritis multiplex post diphtheriam	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Erysipelas faciei	—	1	16	26	16	27	14	24	1	—	—	—	—	—	1	3
„ pharyngis	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
„ extremitatum	—	—	8	6	8	6	5	4	—	—	—	1	1	—	2	1
„ ambulans	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pyæmia	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[2])	—	—	—	—	—
Septichæmia	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
Lymphangitis septica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Urethritis gonorrhoica	—	—	7	2	7	2	1	1	4	1	1	—	—	—	1	—
Cystitis „	—	—	3	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Epididymitis „	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bartholinitis „	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Rheumat. art. „	—	—	6	—	6	—	3	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Meningitis cerebro-spinalis epid.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Roseola febrilis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
IV.																
Morbi contagiosi et miasmatici chron.																
Tuberculosis pulmonum	5	4	56	30	61	34	1	—	35	24	7	3	10	3	8	4
Meningitis tuberculosa	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Arthrocace carpi „	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[2])	—	—	—	—	—
Coxitis „	—	—	3	1	3	1	—	—	1[2])	—	2[2])	1[2])	—	—	—	—
Lupus vulgaris	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Lymphadenitis tuberculosa	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Tuberculosis uro-genitalis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Pericarditis tuberculosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Laryngitis „	2	—	4	—	6	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—
Peritonitis „	—	—	3	5	3	5	—	1	—	1	2	2[3])	—	1	1	—
Tuberculosis palati duri	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
„ intestinalis	1	—	—	1	1	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
„ miliaris acuta	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Syphilis acquisita	—	—	1	5	1	5	—	3	—	1[4])	—	1[4])	—	—	1	—
Laryngitis syphilitica	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Meningitis basilaris gummosa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

[1]) Remitterad till epid. sjukhuset.
[2]) „ „ kirurg. afdeln.
[3]) 1 pat. remitterad till kirurg. afdeln.
[4]) Remitterad till Holtermanska sjukhuset.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Syphilis cerebri	—	—	2	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Febris intermittens	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Actinomycosis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Morbus Weili	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Cachexiæ.																
Chlorosis	—	2	—	12	—	14	—	1	—	13	—	—	—	—	—	—
Anæmia	—	1	3	26	3	27	2	2	1	24	—	—	—	—	—	1
Lenchæmia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Anæmia perniciosa progressiva	1	—	2	3	3	3	—	—	2	1	—	—	1	2	—	—
Lipomatosis universalis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Degen. amyloidea organum	1	—	6	2	7	2	—	—	1	1	4	1	—	—	2	—
VI. Intoxicationes chron.																
Bromismus chron.	1	—	—	—	1	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoholismus „	2	—	42	3	44	3	—	—	38	3	1	—	—	—	5	—
Delirium tremens	2	—	16	3	18	3	13	—	1[1])	2[1])	4[2])	1[1])	—	—	—	—
Ataxia alcoholica	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Neuritis multiplex alcoholica	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Epilepsia potatorum	1	—	5	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Morbi psychici.																
Melancholia	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1[1])	—	—	—	—
Paranoia	—	—	3	2	3	2	—	—	1	—	2	2	—	—	—	—
Dementia paralytica	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Psychosis hysterica	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Imbecillitas	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—

[1]) Remitterad till hospital.
[2]) 1 pat. remitterad till hospital.

VIII. **Morbi systematis nervosi.**																
Hyperhæmia cerebri	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Hæmorrhagia meningum	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
„ cerebri	—	—	1	1	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Thrombosis „	2	—	9	2	11	2	2	1	6	1	2	—	—	—	1	—
Meningitis cerebralis acuta	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Hemiplegia spastica infantilis	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1[1])	—	—	—	—	—
Hydrocephalus chron.	—	—	3	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Hemianopsia	—	—	2	1	2	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—
Cephalalgia	—	—	4	2	4	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—
Vertigo	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Tabes dorsalis	—	—	4	—	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—
Atrophia musc. progressiva	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Paresis brachii	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neuritis degen. multiplex	—	1	1	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Neuralgia intercostalis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ ischiadica	1	—	3	1	4	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Coccygodynia	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Paralysis nervi facialis	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
„ „ axillaris	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Spasmi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ laryngis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Singultus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Epilepsia	1	—	5	2	6	2	1	1	5	1	—	—	—	—	—	—
Eclampsia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Chorea	1	1	2	11	3	12	2	8	1	2	—	—	—	—	—	2
Hemichorea	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hysteria	—	—	1	5	1	5	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—
Hypochondria	—	—	1	1	1	1	—	—	1	—	—	1[2])	—	—	—	—
Helmintofobi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Neurasthenia	2	1	7	21	9	22	—	—	9	21	—	1	—	—	—	—
Morbus Basedowi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Diabetes mellitus	—	—	2	1	2	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
Tremor	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.
[2]) Remitterad till hospital.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Hemicrania	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Neurosis traumatica	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
IX. Morbi oculi.																
Ectropium	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Conjunctivitis	—	—	2	1	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Episcleritis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Atrophia nervi optici	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Phthisis bulbi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
Dacryocystitis	—	—	—	3	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
X. Morbi apparat. auditorii.																
Otitis media	—	—	4	7	4	7	—	2	4[2])	4	—	1[1])	—	—	—	—
Vertigo Menièri	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Morbi organ. circulationis.																
Pericarditis	—	1	4	3	4	4	2	3	—	—	1	—	—	—	1	1
Myocarditis	—	—	1	2	1	2	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—
Endocarditis acuta	—	2	14	32	14	34	1	6	12	16	1	1	—	1	—	10
Cor adiposum, Degen. cordis	2	1	29	22	31	23	—	—	13	14	10	5	5	1	3	3
Vitium org. cordis	2	3	26	28	28	31	—	—	19	22	2	2	2	2	5	5
Angina pectoris	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Bradycardia	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Endarteriitis	—	—	5	1	5	1	—	—	1	—	4	1	—	—	—	—
Aneurysma	—	—	3	2	3	2	—	—	1	—	1	2	1	—	—	—
Varices	1	—	1	1	2	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
Hæmorrhoides	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1[1])	1[1])	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.
[2]) 1 pat. remitterad till kirurg. afdeln.

Phlebitis	—	—	2	3	2	3	2	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Thrombosis venæ femoralis	1	2	—	2	2	4	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2
Embolia arteriæ pulmonalis	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Lymphangitis	1	—	1	1	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hydropericardium	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Synechia pericardii	—	—	4	4	4	4	—	—	1	1	1	1	1	—	1	2
Hypertrophia cordis	—	—	5	1	5	1	—	—	3	—	2	—	—	—	—	1
Dilatatio „ acuta	—	—	4	1	4	1	—	—	1	—	2	—	—	—	1	1
Infarctus „	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Hypertrophia lienis post malariam	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Infarctus lienis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
XII. **Morbi organ. respirationis.**																
Vegetationis adenoideæ nasi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Epistaxis	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Rhinitis chron.	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Laryngo-tracheitis acuta	—	1	1	2	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Oedema laryngis	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Pleuritis acuta sicca	—	1	12	7	12	8	8	7	—	—	2	1	—	—	2	—
„ „ exsudativa	2	2	30	20	32	22	23	18	4	1	2	1	—	—	3	2
„ „ hæmorrhagica	—	—	2	2	2	2	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—
Empyema	—	1	3	3	3	4	—	—	2[2]	—	1[1]	3[1]	—	1	—	—
Pneumothorax	1	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Bronchitis acuta	3	6	29	28	32	34	23	30	5	2	—	1	—	—	4	1
„ chronica	1	—	13	13	14	13	1	—	8	8	2	2	—	—	3	3
„ putrida	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Bronchiectasia	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Oedema pulmonum	—	—	6	1	6	1	—	1	—	—	6	—	—	—	—	—
Hæmoptysis	2	1	13	4	15	5	15	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Infarctus pulmonum	—	—	4	2	4	2	—	1	—	—	3	1	—	—	1	—
Pneumonia acuta crouposa	5	1	58	21	63	22	45	15	2	1	1	2	10	3	5	1
Bronchopneumonia acuta	1	1	15	9	16	10	7	4	1	1	7	3	—	—	1	2
Gangræna pulmonum	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
Emphysema „	3	1	21	13	24	14	—	—	20	11	—	1	—	1	4	1
Asthma	—	—	2	6	2	6	—	—	—	5	—	—	—	—	2	1

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.
[2]) 1 pat. remitterad till kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Abscessus pulmonum	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Hydrothorax	—	—	7	5	7	5	3	2	1	1	2	2	—	—	1	—
Hæmothorax	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
XIII. Morbi organ. digestionis.																
Angina tonsillaris	—	2	6	13	6	15	5	14	—	—	—	—	—	—	1	1
Pharyngitis	—	—	1	4	1	4	—	—	1	2	—	—	—	—	—	2
Catarrhus ventr. acut	—	—	1	3	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ chron.	—	1	7	16	7	17	1	1	4	15	2	—	—	—	—	1
Ulcus ventriculi	1	3	6	28	7	31	4	17	3	11	—	—	—	—	—	3
Dilatatio „	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Dyspepsia	—	—	1	17	1	17	—	8	1	7	—	—	—	—	—	2
Cardialgia	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Catarrh. gastro-intest. acut	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ chron.	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Entero-colitis acuta	—	—	16	25	16	25	10	20	1	1	1	2	—	—	4	2
„ „ chron.	—	1	3	6	3	7	3	3	—	4	—	—	—	—	—	—
Typhlitis	—	—	3	1	3	1	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Perityphlitis	—	—	19	6	19	6	3	3	2[1])	2[1])	2[1])	—	1	1	2	—
Ileus	—	—	2	4	2	4	1	2	—	—	—	2[1])	1	—	—	—
Hernia inguinalis non incarcerata	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
„ abdominalis „ „	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
„ lineæ albæ	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1[1])	1[1])	—	—	—	—
Parotitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fissura ani	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Helminthiasis	—	—	3	4	3	4	3	3	—	—	—	—	—	—	—	1
Peritonitis pertorativa	—	—	2	1	2	1	—	—	1[1])	—	1	1	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.

Peritonitis acuta	—	—	1	6	1	6	—	1	—	—	1[1])	2[2])	—	3	—	—
„ chron.	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Hæmatemesis	1	—	2	7	3	7	3	4	—	—	—	2	—	—	—	1
Obstipatio alvi	—	—	1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—
Ascites	—	—	14	11	14	11	5	4	1	2	6	4	—	—	2	1
Icterus catarrhalis	—	—	1	3	1	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholelithiasis	—	—	4	8	4	8	1	5	1	—	—	2	2	1	—	—
Abscessus hepatis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Cirrhosis hepatis	—	—	8	4	8	4	—	—	2	—	6	3	—	1	—	—
Hyperhæmia hepatis	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Choleangitis suppurativa	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Cystitis vesicæ felleæ	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Perioedema „ „	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Icterus chronicus	—	—	5	—	5	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—
Pancreatitis chron.	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
XIV. Morbi apparat. uropoet. et genital. mascul.																
Nephritis acuta	—	2	31	10	31	12	21	9	4	2	4	1	—	—	2	—
„ chron.	2	—	22	23	24	23	2	—	11	15	7	5	2	1	2	2
Pyelitis	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Nephrolithiasis	—	—	—	4		4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1
Ren mobilis	—	—	—	6	—	6	—	—	—	5	—	1[1])	—	—	—	—
Infarctus renum	—	—	1	2	1	2	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—
Cystitis acuta	—	—	1	6	1	6	—	6	—	—	—	—	—	—	1	—
„ chron.	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Cystospasmus	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Incontinentia urinæ	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmorrhagia urethralis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uræmia	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Orchitis	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Balanitis	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Spermatorrhoea	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Albuminuria	—	—	1	2	1	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ cyclica	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.
[2]) 1 pat. remitterad till kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde								Qvarliggande till 1895	
							friske		förbättrade		oförbättrade		döde			
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv,	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Hæmaturia	—	—	1	4	1	4	—	3	—	—	1	—	—	—	—	1
XV. Morbi organ. genit. feminin.																
Metritis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Endometritis	—	1	—	2	—	3	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—
Retroflexio uteri	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Salpingo-oophoritis	—	5	—	12	—	17	—	1	—	11	—	5	—	—	—	—
Parametritis	—	—	—	8	—	8	—	7	—	1	—	—	—	—	—	—
Pelveoperitonitis	—	2	—	5	—	7	—	3	—	1[1])	—	1[1])	—	—	—	2
Perimetritis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hæmatocele retrouterina	—	1	—	1	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Abortus	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Partus præmaturus	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Dysmenorrhoea	—	2	—	5	—	7	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—
Amenorrhoea	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Menorrhagia	—	—	—	3	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1
XVI. Morbi org. locomotionis et ossium.																
Rheumat. muscul. acutus	—	1	30	14	30	15	28	11	—	3	—	—	—	—	2	1
„ „ chron.	1	1	7	7	8	8	1	1	7	6	—	—	—	—	—	1
Synovitis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Arthroitis pedis	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	3[1])	—	—	—	—	—
Coxitis	—	—	2	1	2	1	—	—	1[1])	1[1])	1[1])	—	—	—	—	—
Hydarthrosis	—	—	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Rheumat. artic. acut.	2	6	28	49	30	55	28	44	1	2	—	—	—	—	1	9
Peliosis rheumatica	—	—	1	4	1	4	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.

Rheumat. artic. chron.	—	—	5	4	5	4	—	—	5	3	—	—	—	—	—	1
Malum coxæ senile	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Osteomyclitis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—
Spondylitis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Periostitis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Necrosis	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1[1])	—	—	—	—
XVII. Morbi syst. cutis et telæ connexivæ.																
Erythema nodosum	—	—	3	8	3	8	3	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Urticaria	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Herpes zoster	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Psoriasis	—	—	3	6	3	6	3	5	—	—	—	—	—	—	—	1
Eczema	—	1	10	22	10	23	7	15	2	3	—	—	—	—	1	5
Prurigo	—	—	3	3	3	3	3	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Acne	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Sycosis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Impetigo	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecthyma	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes tonsurans	—	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Scabies	—	—	25	19	25	19	25	19	—	—	—	—	—	—	—	—
Erythema	1	—	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Lichen planus	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Verruca	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Pediculosis	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Pruritus senilis	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Abscessus	—	1	6	6	6	7	2	2	4[2])	3[2])	—	2[1])	—	—	—	—
Ulcus anticruris	—	—	2	7	2	7	1	5	—	1	1	—	—	—	—	1
Cellulitis	—	—	—	9	—	9	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1
XVIII. Tumores.																
Myoma uteri	—	—	—	5	—	5	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—
Sarcoma pleuræ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
„ renis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—
Carcinoma oesophagi	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.
[2]) 1 pat. remitterad till kirurg. afdeln.

	Qvarliggande från år 1893		Inkomne under 1894		Summa vårdade		Afförde: friske		förbättrade		oförbättrade		döde		Qvarliggande till 1895	
	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.	m.	qv.
Carcinoma ventriculi	—	—	7	3	7	3	—	—	3	—	—	—	4	3	—	—
„ omenti	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
„ peritonei	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
„ pancreatis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ hepatis	—	—	3	2	3	2	—	—	1	—	2	2	—	—	—	—
„ mammæ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ pleuræ	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ ossium	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ gland. lymphat.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ uteri	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Atheroma	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	1
Tumor cerebri	—	—	4	2	4	2	—	1	—	—	1[1])	—	3	1	—	—
„ mediastinalis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
„ renalis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ abdominis	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
„ vesicæ	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	1[1])	—	—	—	—	—
XIX. Vulnera et Intoxicat. acut.																
Fractura baseos cranii	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
„ costarum	1	—	2	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Contusio thoracis	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ coxæ	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vulnus incisum	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ contus. reg. supramarginalis	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ extremit.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Combustio secund. grad.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1[1])	—	—	—	—	—	—
Syncope post submersionem	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Remitterad till kirurg. afdeln.

Alcoholismus acutus	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phosphorismus „	—	—	1	5	1	5	1	3	—	—	—	—	—	2	—	—
Intoxicat. e sublimato	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ ex acidi phenylici	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	59	75	999	987	1058	1062	423	461	304	336	184[1]	127[1]	56	35	91	103

[1]) Af dessa döde i andra sjukdomar 235.

Under året hafva å Medicinska afdelningen vårdats 1201 patienter, af hvilka 91 eller 7,57 % aflidit.

Å polikliniken hafva behandlats 9747 patienter.

15 Medicine Kandidater hafva deltagit i journalskrifningen och i ronderna.

En Jungs mikrotom har för af Direktionen dertill anvisade medel inköpts för afdelningens räkning, oafsedt andra smärre instrument.

Öfversikt af de primära dödsorsakerna

å Medicinska afdelningen.

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

	m.	qv.
Erysipelas anticruris 1)	1	—
Entero-colitis diphtheritica	—	1
Septichæmia 2)	1	—
Tuberculosis pulmonum	—	1
Degeneratio cordis 3)	2	—
Ruptura aneurysmæ dissecantis	1	—
Synechia pericardii calculosa 4)	1	—
Pneumonia acuta 5)	5	1
Peritonitis acuta 6)	—	3
Cirrhosis hepatis	—	1
Intoxicatio phosphorea	—	1
Fractura baseos cranii 7)	1	—
Summa	12	8

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

a) Obotliga sjukdomar.

	m.	qv.
Tuberculosis pulm. 8)	10	2
„ miliaris acuta	3	—
„ peritonei 9)	—	1
„ urogenitalis	1	—
Actinomycosis	—	1
Anæmia perniciosa progressiva 10)	1	2
Cancer ventriculi 11)	4	3
„ mammæ 12)	—	1
Carcinosis ossium 13)	—	1
Tumor cerebri 14)	3	1
Intoxicatio e sublimato	—	1
Phosphorismus acutus	—	1
Summa	22	14

b) Öfriga sjukdomar:

	m.	qv.
Febris typhoides 15)	2	—
Entero-colitis diphtheritica 16)	—	2
Septichæmia 17)	1	—
Meningitis cerebro-spinalis	1	—
Endocarditis acuta 18)	—	1
Degen. cordis 19)	3	1
Vitium organ. cordis 20)	2	2
Empyema	—	1
Pyopneumothorax 21)	1	—
Pneumonia acuta	5	2
Emphysema pulmonum 22)	—	1
Perityphlitis 23)	1	1
Volvulus flexuræ sigmoideæ 24)	1	—
Cholelithiasis 25)	2	1
Nephritis chron. 26)	2	1
Diabetes mellitus 27)	1	—
Summa	22	13

1) ett fall: Erysipelas anticruris c. lymphangit. et septichæmia + Alcoholism. chron. + Delirium.
2) ett fall: Septichæmia + Infarctus pulm. multipl. + Foramen ovale apertum + Hyperhæmia mening. + Enteritis follicul acuta.
3) ett fall: Degen, cordis + Bronchopneumonia.
4) ett fall: Synechia pericardii calculosa + Cirrhosis hepatis + Infarctus pulm, + Pleuritis bilateralis.
5) ett fall: Pneumonia acuta + Thrombosis cerebri.
ett fall: „ „ + Degen. cordis.
ett fall: „ „ + Meningitis cerebralis purulenta.
ett fall: „ „ + Induratio apicis pulm. calculosa + Degen. caseosa gland. lymphat. bronchial. + Pleuritis et pericarditis exsudativa + Oedema pulm.
6) ett fall: Peritonitis acuta + Pyosalpinx.
ett fall: „ „ + „ + Nephritis acuta + Hydrothorax + Ascites + Hydropericardium
ett fall: „ „ + „ + Oophoritis acuta + Enteritis gangrænosa jejuni.
7) ett fall: Fractura baseos cranii + Hæmorrhagia meningealis + Ramollitio pontis sin. + Degen. cordis.
8) ett fall: Tuberculosis pulm. + Tubercul. intest.
ett fall: „ „ + Pneumon. caseosa dx. + Tubercul. lienis et hepatis + Lymphadenitis tuberc. region. portæ hepatis c. perforat. duct. choledoch. + Dilatat. duct. bilif. + Cirrhosis hepatis.

ett fall: Tuberculosis pulm. + Tubercul. peritonei et gland. mesent + Peritonitis diffusa purulenta + Degen. amyl. lienis + Nephritis chron. amyloidea.

ett fall: „ „ + Tubercul. palati duri c. perforat. et linguæ + Erysipelas faciei + Phlegmone anticrur. sin.

två fall: „ „ + Tubercul. laryngis + Degen. amyl. organ.

ett fall: „ „ + Pneumonia acuta et caseosa + Abscessus multipl. pulm. + Nephrit. chron. interst.

9) ett fall: „ peritonei et organ. intrapelv. + Degen. tuberc. gland. bronch. et mesent.

10) ett fall: Anæmia pernic. progressiva + Degen. funicul. post. medullæ spin.

11) ett fall: Cancer ventriculi et hepatis + Degen. cordis.

ett fall: „ „ „ „ et pancreatis + Thrombos. venæ femoralis + Entero-colitis acuta.

ett fall: „ „ „ „ + Pleuritis hæmorrhagica cancerosa + Icterus + Bronchitis chron.

ett fall: „ „ „ omenti + Peritonitis cancerosa + Cancer genital. + Degen. cordis.

ett fall: „ „ „ „ + Vit. org. cordis + Entero-colitis diphtherit.

ett fall: „ „ + Tubercul. apic. pulm. + Tubercul. peritonei + Nephritis chron. interst. + Arteriosclerosis + Sclerosis art. coronariæ + Hydrops + Tabes dorsualis.

12) ett fall: Cancer mammæ + Cancer peritonei et pleuræ + Pleuritis exsudat.

13) ett fall: Cancer vertebr. cervic. II, III, IV + Cancer gland. lymphat. colli, mediastini et mesent. + Pleuritis sicca sin. + Bronchopneumonia.

14) ett fall: Tumor cerebri + Pleuritis bilat. sicca + Infarctus pulm. + Bronchopneumonia.

ett fall: „ „ + Ramollitio cerebelli + Degen. cordis.

15) ett fall: Febris typhoides + Nephritis acuta + Ramollitio gland. retroperiton. + Endarteriitis aortæ descend. + Dilatatio ureter. dx.

16) ett fall: Entero-colitis diphtherit. + Pneumon. chron. sin. + Degen. cordis + Pyosalpinx bilat. + Endometritis purulenta + Myoma uteri.

ett fall: Entero-colitis diphtherit. + Bronchopneum. bilat. + Degen. cordis + Nephritis chron. interst. + Panarit. c. necros. ossium.

17) ett fall: Septichæmia + Ulcera anticruris + Pneumonia hypostatica + Nephritis acuta.

18) ett fall: Endocardit valv. pulmon. + Embolia art. pulm. bilat. et infarct. pulm. + Nephritis chron. parench. c. indurat + Cirrhosis hepatis.

19) ett fall: Degen. cordis + Cirrhosis hepatis + Pancreatitis chron.

ett fall: „ „ + Vit. org. cordis (Insuff. aortæ) + Endarteriit. aortæ ascend. + Nephritis chron. parench. c. indurat. secund. + Perioedema cyst. felleæ + Hydrops.

ett fall: „ „ + Thrombosis cerebri multipl. + Pneumonia hypostat. + Nephritis acuta.

20) ett fall: Vit. org. cordis + Synechia pericardii + Cirrhosis hepatis + Peritonitis diffusa.

ett fall: „ „ „ + Degen. cordis + Dilatatio cordis + Synechia pericardii + Hydrops.

ett fall: „ „ „ + Aneurysma aortæ + Arteriosclerosis.

ett fall: „ „ „ + Embolia art. pulm. + Cirrhosis hepatis + Degen. cordis.

21) ett fall: Pyopneumothorax + Degen. cordis + Aneurysma aortæ ascend.
22) ett fall: Emphysema pulm. + Aneurysma aortæ ascend. et arcus.
23) ett fall: Appendicitis ulcerat. c. perforat. + Abscessus + Peritonitis diffusa.
ett fall: „ „ + Peritonitis diffusa + Entero-colitis diphtheritica.
24) ett fall: Volvulus flex. sigm. + Pneumonia acuta.
25) ett fall: Cholelithiasis + Cholecyst. ulcerat. c. abscessus subhepat. + Dilat. ventr. + Bronchopneumonia + Pleuritis sicca dx.
ett fall: „ + „ „ + Deg. cordis + Cirrhos. hepat. + Nephrit. chron. interst. + Bronchopneumonia.
ett fall: „ + „ „ + Choleangitis + Abscessus subhepat. + Entero-colitis diphtherit.
26) ett fall: Nephritis chron. + Entero-colitis diphtherit. + Deg. cordis + Deg. amyl. lienis + Hydropericardium.
ett fall: „ „ + Endocarditis verrucosa aortæ + Myocarditis + Infarctus cordis et lienis.
27) ett fall: Diabetes mellitus + Coma + Hyperhæmi cerebri + Cat. ventr. chron. c. dilat. + Induratio et atrophia pancreatis + Duodenitis.

Summariskt sammandrag af årsrapporterna för Medicinska afdelningen under 1891—1894.

År		Antal vårdade sjuke		Döde		Antal sjukbesök å poliklinikken
1891	—	1011	—	107	—	1500
1892	—	1190	—	112	—	7000
1893	—	1273	—	80	—	7648
1894	—	1201	—	91	—	9747

Subakut leukämi hos barn.

Gossen G. A. A., 5 år. Int. d. $^{26}/_{5}$ 93, död d. $^{14}/_{6}$ 93.

Anamnes: Patientens föräldrar äro fullkomligt friska, likaså hans syskon. Allt sedan födelsen har pat. varit klen och blek. Han har oftast lidit af dålig matlust och haft lösa afföringar. Till lynnet har han varit kinkig och självsvåldig. För en månad sedan började ansigtet att få en gulaktig anstrykning, aptiten försämrades ytterligare, och patienten började tyna af. Han höll sig mest inne och förmådde på grund af mattighet knappast att gå. Tillståndet försämrades derefter; vid besök hos läkare ordinerades på grund af hosta Dec. senegæ och chinæ. Magen blef emellertid allt sämre, straxt efter intagandet af föda inträdde afföring. Kräkningar hafva ej förekommit. Obetydlig hosta. Urinen har varit tjock, grumlig, afsättande en gulhvit bottensats. Patienten har aldrig klagat öfver smärtor någonstädes, aldrig lidit af näsblod eller blödningar eljest. Vid besök å härvarande poliklinik tillråddes sjukhusvård på grund af patientens mycket medtagna tillstånd.

Status præsens d. $^{27}/_{5}$ *93.* Patienten är synnerligen klent byggd; hullet tämligen godt. Ansigtsfärgen egendomligt mjölkhvit med någon dragning åt gult. Synliga slemhinnor äro starkt anämiska. Matlusten är dålig, afföring har pat. en gång dagligen (under dagens lopp dock flera lösa öppningar af normalt utseende). Sömnen är god, pulsen regelbunden, tämligen kraftig, freqvens 100 i minuten. Pat. klagar endast öfver mattighet, hans sensorium och sinnesorgan äro normala. Å thorax är respirationsljudet puerilt, enstaka rassel höras å de nedre bakre delarne, för öfrigt är intet att anmärka från lungorna. Hjärtats spetsstöt synes och kännes kraftig i 5:te interstitiet i mammillarlinien. Ett starkt systoliskt blåsljud höres å 1:sta tonen, isynnerhet vid spetsen. Vid inspektion af buken framträda hudvenerna ovanligt tydligt; för öfrigt intet att anmärka; ingen ascites. Vid undersökning af mjälten befinnes densamma höggradigt förstorad. Den når fram till mammillarlinien och sträcker sig nedåt till ungefär 1 fingers bredd nedom horizontela nafvelplanet. Den för palpation tillgängliga främre kanten af mjälten kännes skarp och försedd med incisurer, undre randen kännes mera afrundad. Mjältens konsistens är fast, ytan jämn; ingen ömhet markeras vid palpation. Tydlig förskjutning af mjälten vid respirationen och vid lägeändring. Vid auskultation höres å den samma pulserande, med systole sammanfallande susande. Lefvern

tyckes vara obetydligt förstorad; den når 1—1½ fingers bredd nedom bröstkorgsranden; dess öfre gränser äro de vanliga. De mesenteriala och retroperitoneala lymfkörtlarne äro ej palpabla; deremot äro lymfkörtlarne i inguinalregionen, i axillen och vid underkäksvinkeln betydligt förstorade, men ej ömma. Ingen smärta vid perkussion af sternum, tibia och andra skelettdelar, ej heller finnes någon anmärkningsvärd formförändring af dessa delar.

Blodet visade sig makroskopiskt blekt och tunnflytande. Mikroskopiskt konstaterades en enorm förökning af de hvita blodkropparne och en stark förminskning af de röda, så att antalet hvita och röda förhöll sig som 1: 1,5, i det de förras antal var 800,000, de senares 1,200,000 i kbmm. Tydlig myntrullebildning fanns, deremot saknades utpräglad poikilocytos och mikrocytos. De hvita blodkropparne voro i allmänhet af medelstorlek, kärnlösa, granulerade. Urinen var ren, dess sp. v. 1,015. Klar, då den låtes, blir den vid afsvalnandet mjölklik och afsätter ett rikligt gulhvitt sediment, bestående af amorfa urinsyrade salter. Ingen äggbvita eller socker.

Dagantckningar: 2/6. Vigt 15,7 kgm. Puls 122, patienten förefaller att vara sämre.

9/6. Blodundersökningen gaf samma resultat som första gången. Vigt 15,6 kgm.

11/6. Ödem har uppträdt å scrotum och kring malleolerna.

12/6. Ödem på fotryggen, smalbenen och fingrarne. Puls 128.

13/6. Envist näsblod på f. m.

14/6. Blodiga, nästan svarta afföringar af tunnflytande beskaffenhet. Död kl. 2,15 e. m.

Obduktion d. 15/6 93: Liket ej egentligen afmagradt, men med synnerligen blek hudfärg. Lindrigt ödem å benen och scrotum, ingenstädes blödningar i huden. Alla de inre organen utom mjälten höggradigt bleka. Hjärtsäcken är tom, å pericardium viscerale och parietale finnas spridda punktformiga blödningar. Hjärtat är litet, 8 ctm. bredt, 9 ctm. i höjd, högra kammarens muskulatur mäter i tjocklek 3 mm., venstra kammarens 10 mm.; muskulaturen blek, fast, utan anmärkning. Valvler och mynningar äro friska, endokardiet mycket blekt, aorta är mycket trång, i densamma kan ej ett lillfinger införas, dess omkrets endast 4,5 ctm., dess intima utan anmärkning. Blodet i hjärtat är ytterst tunnflytande, blekt brunrödt, inga koagler finnas.

Af lungorna är den högra fri, den venstra baktill fastvuxen vid bröstkorgsväggen, i högra pleurahålan finnes en obetydlig mängd svagt blodfärgad vätska. Pleura visceralis visar spridda punktformiga blödningar. Lungväfnaden är blek, öfverallt luftförande, lindrigt ödematös. Mjälten är stor, dess längd 14 ctm., dess bredd 8 ctm., dess tjocklek i den främre hälften 3,5 i den bakre 5 ctm. Den är lifligt mörkröd, kontrasterande härigenom mot öfriga, ytterligt bleka organ. Dess kapsel är spänd, slät och jämn, ej förtjockad. Pulpan kännes fast, snittytan är lifligt röd med talrika insprängda blekare folliklar, hvilkas antal tyckes vara högst betydligt, medan i fråga om deras storlek någon tydlig olikhet mot normala förhållanden ej kan konstateras. Lefvern är ej förstorad (de exakta måtten hafva beklagligtvis förekommit), dess yta är blek, serosan glatt och glänsande; vid insnitt är ytan blekbrun med talrika gulaktigt hvita punkter, motsvarande acinis perifera delar För öfrigt intet att anmärka. Njurarne af normal storlek, 11×5×3 ctm., bleka, substansen blek, men eljest normal. Mage och tarmar äro bleka, tarmarne hopfallna, slemhinnan mycket blek, af tämligen normalt utseende ingenstädes i den blödningar eller förändrade folliklar. Bronchial- och mesenterialkörtlarne lindrigt förstorade, de förra ostigt degenererade. Sternums märg är röd, fast, makroskopiskt utan förändring, nästan fettfri; märgen i tibia blekröd, fettfattig, nästan något gelantinös.

Mikroskopiskt fanns i lefvern en central atrofi af lefversubstansen och samtidigt en höggradig dilatation af kärlen, som voro fylda af leukocyter.

Leukämi hos barn är sällsynt, och endast spridda fall af densamma finnas omnämda i litteraturen. Dessutom är fallet anmärkningsvärdt i fråga om det hastiga förloppet, som närmar det till de under namn af Leuchæmia acuta beskrifna, redan i och för sig äfven hos äldre relatift sällsynta sjukdomsfallen. Sannolikt föreligger en lienal leukämi, åtminstone tyder den vid sektionen funna höggradiga hyperämien i specielt detta organ härpå. Hvad åter lefverförändringen beträffar, så är den betydliga centrala atrofien egendomlig och svårförklarlig, då i lefvern och i öfriga organ intet tecken till stats funnits och äfven lefverns makroskopiska utseende ej lät förmoda närvaron af en sådan.

Primär actinomycosis pulmonum med metastaser.

Af

H. Köster.

I 2:dra häftet af Göteborgs Läkaresällskaps Förhandlingar 1893 redogjorde jag för ett fall af primär actinomycosis pulmonum, som efter operation lemnade sjukhuset. Patienten återkom emellertid efter några månader dit och afled derstädes. Då sektionen visade rätt anmärkningsvärda förändringar, torde en redogörelse för det vidare förloppet och fynden vid sektionen vara lämplig att lemna. (Journal Kand. Ahlberg).

Anamnes: Pat., en 33-års qvinna, utskrefs den 3 Jan. 1894 på egen begäran från sjukhuset, och hänvisas i fråga om hennes tillstånd till min förra uppsats. Sedan hon utskrifvits, var hon till en början så kry, att hon kunde sitta uppe i sängen, hvilket hon förut ej på lång tid kunnat göra. Hon plågades mest af de abscesser, som bildats och alltjämt bildades här och hvar på kroppen. Först efter grötpåläggning å de vid utskrifningen uppträdda abscesserna å halsen öppnades desamma spontant och hafva sedan ej läkts, utan var har kontinuerligt runnit ur de öppna fistelgångarne. Så småningom bildades sedan följande abscesser: en i venstra knävecket, som fullständigt hindrade benets rörelser under en lång tid, en på högra vaden, som omfattade hela underbenets baksida, en på högra lårets utsida af barnhufvudstorlek, sist en straxt nedom operationssnittet och en i venstra glutealregionen. Alla dessa abscesser utbildades utan våldsammare värk.

Under patientens vistelse hemma har hon blifvit allt mattare och har magrat. Hostan har bibehållit sig oförändrad. Hon intogs ånyo å Med. afdelningen 6 April 1894.

Status præsens 11—15 April 1894: Pat. ser ut att vara ytterligt klen och aftärd. Hudfärgen är blek. Krafterna äro dåliga, utan hjälp förmår pat. knappt att vända

sig i sängen. Hon intar helst ryggläge med flekterade ben, enligt hennes uppgift emedan hon ej förmår räta ut dem af kraftlöshet. Benen kunna emellertid delvis rätas ut, dock ej fullständigt. Temperatur se nedan. Puls omkring 100, jämn. Sömnen orolig, sällan utan morfin. Afföring regelbunden, urinering obehindrad. Urinen klar, fri från äggbvita och var. Matlusten är dålig, sväljning af fast föda försvårad, lindrig dyspne, andedrägt illaluktande.

Pat. känner sig mycket klen och matt, tycker sig blifva sämre för hvar dag, har ondt i alla leder. Hon klagar öfver frysningar och svårighet att svälja samt besväras af hosta. Hon blir mycket ansträngd af att tala.

Bröstkorgen är svagt byggd, klaviklerna mycket framstående. Båda bröstkorgshalfvorna deltaga lika i respirationsarbetet. Pektoralfremitus ej möjlig att bestämma på grund af pat:s svaga röst. Perkussionstonen å framsidan är å högra lungan något kort, blir nedåt allt mer dämpad och nedtill matt, å venstra lungan öfverallt full och klar. Å baksidan är förhållandet detsamma, fastän den derjämte å högra lungan från straxt nedom scapulas spets i jämhöjd med operationssnittet från 2 ctm. utanför detsamma till bakre axillarlinien och nedåt till 11:te refbenet är exqvisit tympanitisk; å mediala sidan om operationssnittet är tonen dämpad. Vid auskultation höres å venstra lungan sträf vesikulär respiration med förlängdt exspirium utan rassel. Å högra lungans framsida är respirationsljudet sträft vesikulärt, och å spetsen höras här små fina rassel, nedtill storblåsiga sådana; å baksidan är respirationsljudet vesikulärt med rassel och ronchi till straxt nedom scapulas spets, der andningen blir skarpt bronchiel.

Från hjärtat finnes intet att anmärka. Sputum utgöres af mycket sega, ibland blodstrimmiga, gula klumpar; de hålla talrika gula korn, som vid mikroskopisk undersökning visa sig bestå af actinomykossvampen.

Buken ömmar öfverallt för tryck; från bukorganen emellertid intet att anmärka.

Något mer än 5 ctm. nedom scapulas spets finnes ett longitudinelt, ungefär 12 ctm. långt ärr efter operationssåret, på midten ungefär 2 ctm. bredt. I dess nedre del finnas åtskilliga fistelöppningar, ur hvilka var utrinner. Straxt nedåt utåt från dessa finnas flera fistelgångar inom ett rodnadt parti, ur hvilka äfven var utrinner. Å halsens baksida finnas fistlar qvar efter förut omnämda

ansvällningar. 10 ctm. till venster om 3:dje sakralkotans processus spinosus synes ett litet hål efter ett den 9 April gjordt snitt för uttömmande af en äpplestor fluktuerande ansvällning. Huden var å denna något rodnad, men för öfrigt ej infiltrerad, ej särskildt het eller ömmande. Ur den öppnade abscessen, hvars botten kändes ojämn, uttömdes en stor mängd gulgrönt, blodblandadt, illaluktande var, som innehöll talrika svafvelgula aktinomykoskorn. Baktill å höger lår, 15 ctm. nedom trochanter majors spets, finnas 3:ne fistelöppningar, ledande in i en stor håla af ungefär 2 flathänders utbredning; huden deromkring ej rodnad; äfven här erhålles aktinomykosblandadt var. Å högra vaden finnas 5 fistelöppningar, som leda in i en hela huden å underbenets baksida underminerande håla; äfven här kunde i varet aktinomykoskorn påvisas. Å nedre delen af underbenet, medialt om tendo Achillis, finnes en liten rodnad upphöjning och på själfva tendo straxt ofvan dess fäste vid calcaneus en 2-örestor fluktuerande abscess; huden mellan dessa ställen hvit och glänsande. Höger häl är något ansväld med börjande rodnad och stark ömhet för tryck. Öfver senan för biceps femoris sin., 7 ctm. ofvan capitulum fibulæ, finnes i den mycket förtunnade huden ett litet gapande hål, som leder in i en stor tom håla med hvitröda jämna väggar, i hvilken bicepssenan synes liggande alldeles fri.

Ödem, som före inkomsten fanns i båda fötterna och å nedre delen af benen, är numera borta.

Ordination: Jodkalium 3 grm dedie — Morfin ad noct.

Dagantecknigar: $^{18}/_{4}$. Pat. klagar öfver svåra frysningar, som hålla på några timmar hvar annan eftermiddag. I dag öppnades en ny abscess på venstra vaden, stor som en hasselnöt; i varet talrika aktinomykoskorn. Sväljningen något bättre.

$^{24}/_{4}$. Halsen sämre, ingen svullnad dock upptäckbar, tungan nästan täckt af tjock, hvit beläggning. Tänder och käkar visa intet anmärkningsvärdt.

$^{2}/_{5}$. Fötterna ödematöst ansvälda; pat. börjar blifva något oredig, men ingenstädes finnes någon pares, ej heller någon synrubbning eller annan förändring, tydande på en hjärnlesion. Urinen fortfarande fri från ägghvita.

$^{4}/_{5}$. Tillståndet var till framemot kl. 5 f. m. den $^{3}/_{5}$ oförändradt, men då fick pat. ett anfall af andnöd. Ögonen stirrade rätt fram, medvetandet tycktes grumladt. Anfallet

gick snart öfver, men ett par timmar senare blefvo andetagen kortare, svårare, och pat. afled kl. 9.25 f. m.

Anmärkas bör, att trots upprepade noggranna undersökningar aldrig vid färgning af preparat från de olika abscessernas innehåll några kokker eller andra bakteriearter kunde påvisas.

Temperatur:

6/4	a. 38°,3	10/4 m. 36°,9,	a. 38°,8
7/4 m. 38°,3,	a. 39°,6	11/4 m. 36°,9,	a. 38°,5
8/4 m. 38°,3,	a. 39°,4	sedan feberfri, med undantag	
9/4 m. 37°,9,	a. 38°,5	af en enstaka stegring den	
		14/4 till 38°,7,	ända till exitus.

Sektion efter 17 timmar: Liket höggradigt afmagradt; å de i journalen nämda ställena finnas större och mindre abscesshålor med ojämna väggar, belagda med slamsor; öfverallt syntes i varet gulaktiga korn, der sådana eftersöktes.

I hjärtsäcken fanns omkring 100 kbctm. klar, serös vätska. *Hjärtat* mäter 10 ctm. i bredd, 9 i längd; å venstra kammarens framsida synes, utgående från dess venstra kant något nedom sulcus för arteria coronaria, en sig snedt nedåt och framåt i ung. 4 ctms längd sträckande, gulaktig svulstmassa, bildad af ojämna, ärt- till bönstora, fluktuerande knölar. Dess bredd är 1—2 ctm. Till denna och in i densamma går ett arterielt kärl, i hvilket vid uppklippning anträffas en gulaktig embolus af halffast konsistens, som fasthänger vid väggen och omedelbart fortsättes af den nämda svulstmassan, hvilken genomvuxit kärlväggen. Vid insnitt i denna svulstmassa erhålles gulhvitt var med gula korn. Äfven i den i framsidans sulcus nergående arteren anträffas en färsk embolus af samma utseende, föga adhererande till kärlväggen. Vid uppklippning af högra kammaren äro valvler och mynningar utan anmärkning, deremot finnas i muskulaturen några få spridda milie- till hampfröstora, gulaktiga nybildningar omedelbart under endokardiet, som ej är angripet. Dessa knottror äro fasta. I venstra kammarens muskelvägg finnas utom den förut omnämda större svulstmassan flera större och mindre gulaktiga tumörer med börjande smältning och svafvelgula korn. I venstra kammaren nära dess spets finnes mellan trabeklarne en nötstor vegetation med lösa flotterande fransar å ytan, som lätt kunna afslitas; den är af gulaktig färg och halffast konsistens, och vid insnitt befinnes den genom endo-

kardiet sträcka sig ett par mm. in i muskulaturen; äfven i denna synas makroskopiskt svafvelgula korn. Valvler och mynningar samt förmak äro utan anmärkning. Aortas insida glatt och glänsande, utan anmärkning. Venstra kammarens muskulatur 13 mm.

Lungorna: Venstra lungan öfverallt luftförande; i dess nedre lob å bakre ytan finnes en hasselnötstor knöl af gulaktigt utseende, mjuk, vid insnitt uttömmande var med gula korn. Äfven några få andra spridda, men mycket små gula nybildningar upptäckas i denna lungas nedre lob. Högra lungans öfre och mellersta lober fria och utan anmärkning. Nedre lobens bakre del intimt fastlödd vid bröstväggen. Vid insnitt befinnes nedre lobens undre hälft vara förvandlad till en lufttom massa med talrika bindväfsstråk och deremellan spridda fistelgångar, fylda af gulaktigt var med svafvelgula korn. Direkt kommunikation med kärl här ej påvisbar, ej heller någon vegetation i venæ pulmonales.

Mjälten mäter 12 ctm. i längd, 8 i bredd, 4 i tjocklek, å dess yta finnas spridda liknande tumörer af olika storlek och ini dess substans sådana af ända till valnötstorlek med dels halffast grötigt dels mera tunnflytande varliknande innehåll, alla innehållande makroskopiskt påvisbara gula korn.

Njurarne mäta 11 ctm. i längd, 5 i bredd, 3 i tjocklek. Deras kapsel lossar lätt, och derunder synas å ytan i båda njurarne talrika större och mindre gula härdar, delvis fluktuerande; vid insnitt anträffas äfven i njursubstansen liknande härdar, de närmast ytan af kilform. I alla synas gula korn. För öfrigt visar njursubstansen intet anmärkningsvärdt. Inga tecken till amyloid.

Lefvern mäter 24 ctm. i bredd, högra loben framifrån bakåt 17, venstra 12 ctm.; dess tjocklek 9 ctm. I dess inre finnas inga härdar; gallblåsan är fyld af gul, tunnflytande galla. Lefversubstansen är brun, eljest utan anmärkning.

Å *diafragmas* pleurala sida finnas gulaktiga svålar med små hålor fylda af var, innehållande gula korn.

Genitalia, blåsa, ventrikel och *tarmar* utan anmärkning.

Hjärnan. Dura mater utan anmärkning liksom kalotten. Efter duras afdragande lindrigt ödem under pia; derjämte synas å hjärnytan å dess högra hemisfer flera gulaktiga härdar: en ctm.-stor i gyrus centralis posterior, en mindre i parietalloben, motsvarande gyrus angularis, samt en större, intagande spetsen af occipitalloben. Vid insnitt motsvaras

dessa härdar af flera små hålrum, fylda af samma gulhvita var med svafvelgula korn, som anträffats i förut omnämda abscesser, skilda af uppmjukad och förändrad hjärnväfnad; den i occipitalloben särskildt bildas af 4 dylika härdar, den i gyrus centralis af 2. Å venstra hemisferens yta finnes en liknande härd af 2 mm:s diameter i sulcus parietalis superior baktill. Vid insnitt i hjärnsubstansen anträffas dessutom midt i högra hemisferens centrum semiovale trenne liknande ctm.-stora härdar med gulaktigt innehåll och gula korn, omgifna af en upphöjd ring af lösare gråhvit hjärnsubstans och tämligen väl begränsade. I venstra hemisferens inre liksom i de centrala ganglierna inga härdar. I venstra lillhjärnshemisferen anträffas en valnötstor härd af samma utseende som de öfriga. För öfrigt pons, medulla oblongata och lillhjärnan utan anmärkning. Hjärnbasen och hjärnskålen utan anmärkning.

Kulturer anlades under vanliga försigtighetsmått från abscesser i hjärnan, å hjärtats yta, njurarne och mjälten, dels i gelatin dels i buljong dels slutligen å agar-agar, dels stickkultur, dels genom öfverförande af de nämda kornen å gelatin och agar. Flera af de anlagda kulturerna förblefvo sterila, i den i buljong utbildades under konstant uppvärmning till ungefär 37° en hvit grumling af en kultur, som visade sig bestå af kokker. Å agar utbildades en obetydlig zon af gråhvitt utseende kring aktinomykoskornen, äfven denna bestående af kokker. I gelatin utbildades endast långsamt en obetydlig hvit kultur med smältning af gelatinen och hvit bottensats.

Fallet visar sålunda bilden af en allmän infektion af hela organismen med talrika metastatiska abscesser i huden, hjärtat, njurar, mjälte och hjärna, medan anmärkningsvärdt nog lefvern förblef oberörd, således bilden af en pyämi af mera kronisk natur. De uppkomna abscesserna hade mera karakteren af kalla sådana, de uppstodo långsamt, visserligen under ringa rodnad af huden, men utan höggradig ömhet, och utan att någon betydligare feber kunde konstateras; sista tiden var pat. till och med feberfri. Öfverallt i de anträffade abscesserna anträffades emellertid typiska aktinomykoskorn i riklig mängd, ett uttryck för att det ej i fallet var fråga om en ren pyämi, beroende på infektion af var-

kokker, utan, om ej en ren aktinomykosinfektion, så dock en blandad infektion af aktinomykos och varkokker.

Vägen, på hvilken denna infektion skett, synes mig ej vara svår att bestämma. Under lång tid kunde endast i högra lungans nedre lob förändringar påvisas och dessa till och med i ej obetydlig utsträckning, utan att någonstädes för öfrigt i andra organ tecken till på aktinomykos beroende förändringar kunde påvisas. Det synes mig derför ej vara något tvifvel underkastadt, att, såsom jag i min förra uppsats antog, den primära infektionshärden är att söka i lungan. Härifrån hafva sedan genom lungvenerna partiklar inkastats i hjärtat, der gifvit anledning till den i venstra kammaren anträffade vegetationen, och sedan hafva derifrån lösslitna partiklar förts med blodströmmen ut i öfriga organ. Utom på detta sätt kunna dock metastaser hafva uppstått mera direkt, i det med lungvenblodet i venstra kammaren inkastade partiklar förts direkt vidare in i stora kretsloppet. Hvad den i venstra kammaren anträffade vegetationen beträffar, så kan den hafva uppkommit på tvenne sätt, antingen så att aktinomykoskorn fastnat mellan trabeklarne och der börjat växa, eller så att de passerat venstra kammaren, inslungats i art. coronariæ och gifvit anledning till en härd under ytan af endokardiet, som sedan växt genom detta in i ventrikellumen. Af dessa båda möjligheter synes mig den senare vara den sannolikaste; härden trängde flera mm. in i muskelköttet, och å andra ställen funnos omedelbart under endokardiet små härdar; möjligheterna för utbildning af aktinomykosen på sätt, som anträffades, torde äfven vara större i senare fallet än i förra, då de inslungade partiklarne varit utsatta för det strömmande blodet. De i venstra lungan anträffade härdarne torde åter hafva uppstått genom inhalation af sputum från den först angripna lungan, då sputum ju under lifvet innehöll ej obetydlig mängd aktinomykoskorn.

Såsom nämts visade alla metastaserna nästan utan undantag bilden af abscesser, i hvilkas var trots talrika upp-

repade undersökningar ej några kokker kunde med färgning påvisas. Renodlingsförsöken voro till stor del negativa, i några åter utbildades kulturer af kokker. Kokkernas sparsamma förekomst i varet är onekligen egendomligt Åsikterna om varets uppkomst vid aktinomykos tendera derhän, att aktinomykossvampen i och för sig ej förmår framkalla någon varig smältning utan endast en granulationssvulst, medan varets uppträdande beror på en "mischinfektion" med varkokker. Dels har man nämligen hos djur endast sällan sett varbildning, ett förhållande, som skulle bero på djurorganismens ofta större motståndskraft mot varkokkernas verkan, dels har man sett typiska granulationssvulster af ej obetydlig storlek uppstå hos menniskor utan varbildning, dels slutligen har man mycket ofta kunnat påvisa förekomsten af varkokker i de bildade abscesserna samtidigt med aktinomykoskornen.

Sannolikheten af en dylik mischinfektion synes mig äfven föreligga i mitt fall. Visserligen var det egendomligt, att i varet påvisandet af kokker ej lyckades på mikroskopisk väg och att ofta kulturerna voro sterila, men å andra sidan erhölls i flera sådana bakterier, som i fråga om utseende och kulturela förhållanden i hög grad liknade staphylococcus pyogenes albus; detta olika förhållande torde kanske kunna finna sin förklaring i abscessernas olika ålder, i det i de äldre kokkerna redan kunnat hafva dött ut, i de yngre, och dit hörde sannolikt hjärnabscesserna, från hvilka de med positift resultat anlagda kulturerna härstammade, sådana åter ännu kunde påvisas. Mot de funna kokkernas identitet med staphylococcus pyogenes albus talade dock i viss mån, att de kutana abscesserna ej utbildades hastigt, utan hade typen af mera kalla abscesser, eller med andra ord, att starkare virulenta bakterier ej framkallat dem; nämda kokker framkalla åter i allmänhet häftiga purulenta processer. Huruvida derför de funna kokkerna äro identiska med staphylococcus albus, kan jag ej afgöra, då inympningsförsök å djur och noggrannare bakteriologiska undersök-

ningar ej kunnat af mig anställas i saknad af härför erforderliga apparater.

Såsom fall af aktinomykos med talrika metastaser är det föreliggande ej enstaka i litteraturen. Ensamt i Illichs monografi finnas ett 20-tal liknande fall omnämda med mer eller mindre talrika metastaser, hvilka ju lätt kunna bildas, så snart ett ej allt för litet kärl angripits och sålunda aktinomykossvamparne inkommit i kretsloppet. Särskildt gynnsamma förhållanden gifva i detta hänseende naturligtvis lungaktinomykoserna, och det torde äfven oftast vara vid en sådan, som metastaser i andra organ anträffats; äfven vid käkaktinomykos hafva dylika metastaser anträffats, ehuru relatift mindre ofta, vid bukaktinomykos åter uppträda metastaserna mest i lefvern, endast i enstaka fall äfven i andra organ.

Behandlingen i ett sådant fall som detta var naturligtvis alldeles hopplös. Försök gjordes ånyo med jodkalium i dos af 3 grm, då enstaka författare på sista tiden uppgifvit sig hafva fått läkning af processen genom en sådan medikation, men utan minsta resultat. Och annat var väl knappast att vänta, ty, om äfven jodkalium förmår inverka på den aktinomykotiska processen, för hvilken möjlighet dock ej förloppet i mitt fall under första tiden talar, i det pat. äfven då erhöll jodkalium utan minsta märkbara förbättring, så inverkar detta medel dock ej på pyämiska processer, som med sannolikhet, enligt hvad jag förut nämt, funnos i fallet. Någon resorption eller läkning af de bildade abscesserna var derför ej att vänta. Af samma skäl underlät jag att försöka de i min förra uppsats omnämda tuberkulininjektionerna, då någon inverkan på pyämiska processer ej torde kunna tillskrifvas medlet, och dertill kom patientens höggradigt medtagna tillstånd, som ej tillät försök med nämda medel med dess ofta våldsamma reaktion.

Till de suppurativa cholecystiternas kasuistik.

Af

H. Köster.

En af de komplikationer, man ibland observerar vid cholelithiasis, är den purulenta inflammationen af gallblåsan. Som regel är enligt Naunyn gallblåsans epitel förändradt vid gallstensbildning, tillstöter så ett hinder för gallans utflöde, stagnerar den förhandenvarande gallan, blandad med sekretionsprodukter från den sjukligt förändrade slemhinnan, och slutligen innehåller gallblåsan efter gallans resorption seropurulent eller rent purulent innehåll, allt detta förorsakadt ej af cholelithiasen per se utan genom en sekundär infektion. Mycket ofta ger denna process anledning till symptom, som kunna tillåta ställandet af en diagnos, och såsom sådana anför Naunyn (Klinik der Cholelithiasis) framförallt en tumör i gallblåsetrakten, som förskjutes vid respirationen, som ej kan palperas bimanuelt, och som slutligen vid profpunktion lemnar var. Att emellertid ej alltid en tumörbildning behöfver finnas, visa ett par härstädes observerade fall, som äfven torde visa, huru svårt det kan vara att vid frånvaro af en sådan ställa diagnosen på en varig inflammation i gallblåsan, och detta särskildt, då, såsom fallet var, säkra tecken på förutgången cholelithiasis saknades. Särskildt i det första af de anförda fallen, der förloppet mest erinrade om en ileus, var fyndet af en cholecystitis suppurativa alldeles oväntadt.

1. A. P. H., 56-årig bagare. Int. $^{23}/_{1}$ 94, död $^{2}/_{3}$ 94. Pat., som i allmänhet åtnjutit god helsa, uppger sig tvenne gånger förut hafva varit sjuk på samma sätt som nu, första gången för 10 år sedan, då han hade "tarmvred",

2:dra gången sistlidne sommar, men under mellantiderna har han känt sig frisk och arbetat. Han sjuknade $^{21}/_{1}$ på aftonen utan särskild anledning med smärtor i högra sidan af buken, strålande ut åt ryggen, samt ömhet å nedre delen af buken i höger sida; samma qväll tillstötte dessutom frysningar och kräkningar. Han hade dagarne förut haft regelbunden afföring. Efter insjuknandet hade han hvarken kunnat släppa väder eller haft öppning, och kräkningarne tilltogo alltjämt i våldsamhet, hvarjämte hans krafter hastigt aftogo. Ständiga plågor i högra delen af buken.

Status præsens $^{23}/_{1}$ 94. Pat. ser mycket medtagen ut, ögonen ligga djupt insjunkna i sina hålor, blicken matt och glanslös. Han har ej haft afföring på 3 dagar, intet väder har afgått. Pulsen hastig, 128, liten, mjuk. Urinen innehåller riklig mängd ägghvita och är starkt indikanhaltig. Temperatur $38^{0},3$.

Pat. klagar öfver de ständiga qväljningarne. Han plågas af stark törst, men minsta försök att dricka något följes genast af kräkningar, som bestå af vattentunna, slemmiga massor. Ständig värk, särskildt i högra regio iliaca. Stor svaghetskänsla. Buken är höggradigt uppdrifven, särskildt dock trakten öfver högra regio iliaca och nedom nafveln. Stark ömhet vid palpation af buken, mest utpräglad å en punkt midt emellan nafveln och spina ilei ant. sup. dext. Ingen tumör palperbar, inga tarmrörelser afteckna sig å bukväggen. Lefverdämpningen mycket förminskad, det finnes endast en några ctm. bred absolut sådan, hvars nedre gräns ligger ofvanom nedre bröstkorgsranden. Hjärtat uppskjutet, hjärtstöten kännes i 4:de interkostalrummet i mammillarlinien, tonerna äro dofva och svaga, men rena. Från lungorna intet att anmärka.

Ordin.: En. aq. — Op — Isblåsa.

Daganteckningar: $^{24}/_{1}$. Tillståndet något bättre. Ingen afföring eller väderafgång efter lavemanget. Puls 102, något kraftigare. Qväljningarne fortfara oförändrade liksom kräkningarne efter förtärandet af vatten eller mjölk.

Pat. behandlades med 3—4 ggr upprepade lavemang de följande dagarne. Hans tillstånd visade ej någon förändring, men först

$^{27}/_{1}$ erhöll pat. en betydlig öppning af fasta massor och riklig väderafgång, hvarefter värken i högra sidan lindrades högst betydligt.

$^{31}/_{1}$. Pat. har börjat hosta. Vid undersökning af bröstet konstateras dämpning samt hårda rassel nedtill bak-

till å högra lungan, respirationsljudet endast sträft med förlängdt exspirium. Från buken i dag intet särskildt att anmärka.

$^{3}/_{2}$. Pat. har börjat klaga öfver, att han ånyo mår illa efter maten samt har börjat besväras af kräkningar. Han klagar i dag öfver ömhet och värk i trakten af flexura coli dextra, och i mellersta axillarlinien konstateras, motsvarande 7:de och 8:de refbenet, ett obetydligt subkutant ödem. Lefverdämpningen fortfarande mycket liten, ingenstädes kännes någon ökad resistens eller tumörbildning, lefvern kan ej palperas. Å högra lungans baksida dämpning från spetsen af scapula nedåt med hårda rassel och mycket sträf respiration. Temperaturen, som från 27 Jan. varit normal, visade sedan 1 Febr. stegring på qvällen till 38^{0} och i dag på aftonen likaledes 38^{0}. Inga frysningar.

$^{6}/_{2}$. Temperatur i dag åter normal. Tillståndet för öfrigt oförändradt, kräkningar, så snart pat. förtärt föda, hvarför han måste nutrieras med lavemang. Profpunktion med lång nål in i lefversubstansen i bakre axillarliniens 9:de och 10:de interstitium gaf endast en ringa mängd klart seröst exsudat, när nålspetsen vid utdragningen passerade pleurahålan.

$^{7}/_{2}$. Kräkningar kopiösa. Vid noggrann undersökning af ventrikeln befanns dess nedre gräns nå ned till nafvelplanet i medellinien. Efter verkställd magsköljning steg ventrikelns nedre gräns till 3 ctm. ofvan nafvelplanet. Ödemet i sidan i dag försvunnet.

$^{8}/_{2}$. Lungtonen öfvergår omedelbart i tympanitisk å h. thoraxhalfvan, omedelbart nedom mammillarplanet. Å baksidan qvarstår dämpningen i jämn horizontal linie från spetsen af scapula. Efter ventrikelsköljning, hvarvid rikliga mängder gallfärgadt tunnflytande maginnehåll uttömdes, som ej reagerade å kongopapper, framträdde en lefverdämpning af några fingers bredd, dock ej nedom bröstkorgsranden. Ny profpunktion gjordes i dag straxt framom bakre axillarlinien i 9:de interkostalrummet i ett plan ungefär midt emellan nafveln och processus xiphoideus. På ett djup af 8,5 ctm. anträffades dervid i sparsam mängd en tjock, gul, varliknande vätska, som vid mikroskopisk undersökning visade sig bestå af var med talrik mängd gallfärgade amorfa korn.

$^{17}/_{2}$. Tillståndet har förblifvit oförändradt, pat. har hela tiden varit feberfri, kräkningarne hafva upphört under dagliga magskjöljningar; pat. kan börja förtära små mängder mjölk, men erhåller derjämte närande lavemang, afföring

erhålles med lavemang; ingen särskild ömhet eller smärta i lefvertrakten eller högra fossa iliaca, ingen resistens, ingen förändring af lefverdämpningen. I dag på e. m. steg temperaturen till 38°.3 och samtidigt konstaterades en betydlig svullnad och ömhet af högra parotistrakten. Krafterna mycket nedsatta.

19/2. Temperaturen normal. Svullnad af parotis minskad, ännu någon ömhet.

23/2. Tillståndet alldeles oförändradt. Ingen feber sedan sista daganteckningen. H. parotistrakt normal. Krafter mycket nedsatta, subjektiva befinnandet godt. Exsudatet i högra pleurahålan resorberadt, klar perkussionston och normalt vesikulärt respirationsljud derstädes.

25/2. Utan feberstegring uppträdde i dag en venstersidig parotit af lindrig beskaffenhet, som dock snart gick tillbaka. Utan att nya symptom tillstötte, under ständigt tilltagande kraftförfall, afled pat. 2/3.

Sektion: Liket höggradigt afmagradt, parotistrakter ej svullna. Vid bröstkorgens öppnande retraheras venstra lungan, den högra är i en utsträckning motsvarande nedre loben fastvuxen vid bröstkorgsväggen genom lätt lossnande adherenser; intet exsudat i pleurahålan. Hjärtsäcken är tom, hjärtat är något atrofiskt, mäter i bredd 10 ctm., i längd 9 ctm., dess muskulatur är blekbrun, venstra kammarväggens tjocklek 11 mm. Valvler och mynningar utan anmärkning. I båda lungornas nedre lober talrika bronchopneumoniska härdar utan smältning, skilda åt af luftförande lungväfnad. Öfre loberna utan anmärkning. Mjälten liten, utan anmärkning. Vid bukhålans öppnande befinnes ventrikeln nå till nafvelplanet och vara betydligt utspänd, blindtarmen och processus vermiformis äro fullt normala. Colon transversum i dess högra hälft och ventrikelns pylorusdel äro intimt fastvuxna vid lefverns undre yta, från hvilken de ej annat än med ett visst våld kunna skiljas. Gallblåsan synes ej vid inspektion af lefvern in situ, öfre lefverytan är genom lätt lossbara adherenser fäst vid diafragma. Lefvern, ventrikeln, colon transversum och högra njuren uttogos samtidigt, och dervid anträffades under högra lefverloben en platt abscesshåla, sträckande sig från gallblåsetrakten till högra bukväggen, begränsad af lefver, groftarm, bukvägg och njure. Dess väggar bildas af skifferfärgade, något ojämna, måttligt tjocka bindväfssvålar. Ingen kommunikation finnes någonstädes med tarm eller ventrikel. I denna abscess anträffas en tunn, gulaktig, gangränerande

slamsa, som är allt hvad som finnes qvar af den i öfrigt fullständigt förstörda gallblåsan. Denna slamsa är ytterst tunn, dess kanter äro trasiga, å en del af densamma finnes antydan till slemhinnerester qvar. Utom denna slamsa anträffas i abscessen 3 ända till ärtstora kolestearinstenar och talrika gulaktiga, gallfärgade korn, som vid mikroskopisk undersökning visa sig vara af samma art, som de i det vid punktionen erhållna varet anträffade kornen. Ductus choledochus kan ej i den svåliga massan med säkerhet anträffas. Lefvern mäter i bredd 22, högra loben framifrån bakåt 19, venstra 12 ctm., utan anmärkning; dess gallgångar äro ej dilaterade, ingen abscess påträffas i densamma, acini äro tydliga, snittytan blekbrun. Ingen stenos af duodenum eller pylorus, genom hvilka fingret med lätthet kan föras ner. Slemhinnan i dem gallfärgad, maginnehållet tunnflytande, gallfärgadt. Groftarmens slemhinna normal, ej förtjockad. Njurar utan anmärkning, pankreas normal.

Vi finna sålunda hos denna patient bilden af en ileus med svåra kräkningar, bristande afföring och väderafgång samt betydlig kollaps vid inkomsten. Ileussymptomen häfdes visserligen genom energiska upprepade lavemang, men under sjukhusvistelsen tillstötte sedan först en pleurit å höger sida, vidare ödem i hudbetäckningarne i höger sida, var erhölls vid djup punktion och en akut ventrikeldilatation uppträdde. Då och då temperaturstegringar och slutligen dubbelsidig parotit af dock jämförelsevis lindrig art. Sektionen visade en cholelithiasis med nästan total förstöring af hela gallblåsan.

Diagnosen i detta fall ställdes med all reservation på ett hinder i tarmen med efterföljande abscessbildning i lefvern, en diagnos, som emellertid sektionen ej bekräftade. Hela förloppet syntes mig tala för, att ett hinder i tarmen fanns. Redan tvenne gånger förut hade pat. lidit af liknande symptom, sista gången för 1 år sedan, första gången för 10 år sedan, under mellantiderna hade pat. känt sig fullt frisk. Då han nu sjuknade, uppträdde häftiga smärtor i högra sidan af buken och pat. ömmade särskildt vid tryck i högra fossa iliaca, utan att någonstädes någon

tumör kunde palperas; samtidigt häftiga kräkningar, absolut förstoppning och hastig puls jämte kollaps, alltså en fullständig ileusbild. Småningom förbättrades dock tillståndet, afföring erhölls, men kräkningarne fortforo under större delen af sjukhusvistelsen och voro en tid så intensiva, att pat:s krafter endast kunde uppehållas med närande lavemang. Ytterligare styrktes uppfattningen af ett hinder för tarmpassagen af den akuta ventrikeldilatationen, som uppträdde något senare och som vid hvarje sköljning af ventrikeln gick tillbaka. Å andra sidan fanns ingen hållpunkt, som tydde på en lesion af lefvern eller gallvägarne.

Af hvad art åter detta hinder var och hvar detsamma var beläget, var svårare att bestämma. Min första tanke var, att jag hade att göra med en perityflit, för hvilken uppfattning den utpräglade ömheten i fossa iliaca dextra tycktes tala, men frånvaron af hvarje tumörbildning och det vidare förloppet gjorde detta åter tvifvelaktigt. Ömheten lokaliserades småningom till trakten af flexura coli dextra och talade för möjligheten af en process derstädes, men å andra sidan talade den akuta dilatationen af ventrikeln och de intensift gallfärgade kräkningarne för ett hinder närmare ventrikeln, på ej alltför stort afstånd från denna, med ett ord för en duodenalstenos. Tvenne möjligheter kunde dervid tagas i betraktande; antingen kunde en smygande process, utgången från blindtarmstrakten, hafva utbredt sig uppåt och gifvit anledning till en förträngning af duodenum, eller fanns här en process i colon, som gripit öfver på duodenum. Det var särskildt med fäst afseende på ett här för ej så länge sedan till obduktion kommet fall, som å ena sidan visade, huru obetydliga palpatoriska symptom en abscess i peritoneum kan gifva, hvars förlopp å andra sidan påminde rätt mycket om förloppet i föreliggande fall, som jag tänkte mig sistnämda möjlighet. Dock syntes mig sistnämda antagande vara det minst sannolika af de två, ty pat. hade redan för 10 år sedan haft ett fullt liknande anfall enligt egen uppgift, en omständighet, som talade mot en tumör-

bildning i tarmen såsom orsak till hindret. Mot en ulcerativ striktur såsom följd af en ulcerativ process af ena eller andra slaget talade åter patientens symptomfrihet under tiderna mellan anfallen. Och dessa tvenne möjligheter voro egentligen de enda, man kunde tänka på, ifall colon varit den primära utgångspunkten för symptomen. Sannolikast syntes mig derför den förstnämda processen i blindtarmstrakten med utbredning uppåt. Det vidare förloppet styrkte ytterligare ett sådant antagande. Under observationstiden uppträdde nämligen symptom, som ej kunde uppfattas annorlunda än som uttryck för en abscessbildning i eller omkring lefvern; pat. fick ånyo feber, ett ödem uppträdde i högra sidan motsvarande lefvertrakten, vid profpunktion erhölls på 8 ctms djup var från ett ställe, som borde motsvara själfva lefversubstansen och ej dess omgifning, och äfven en högersidig pleurit kan man se uppträda vid abscesser i eller omkring lefvern; de metastatiska parotiterna hade äfven utan profpunktionens positiva resultat talat för en pyämisk affär. Fyndet af gallfärgade korn i varet tydde med bestämdhet på, att lefversubstansen och gallvägarne voro intresserade, och då lefvergränserna voro af normal konfiguration, hvarken dämpningen upptill gick i bågform såsom vid den subfreniska abscessen eller nedåt afvek från den normala bilden, ansåg jag att en abscess uppträdt ini lefversubstansen. Anmärkningsvärdt var dock i ty fall, att lefverdämpningen ej var förstorad; dock framträder en sådan förstoring af lefverdämpningen först, när abscessen nått en viss storlek, och nämda förhållande talade derför ej emot antagandet af en abscess ini lefversubstansen.

Sannolikhetsdiagnosen var derför en paratyflit med sekundär lefverabscess.

Sektionsresultatet var oväntadt och visar ånyo, huru latent en gallstensprocess med höggradiga förändringar kan förlöpa. Ej heller förklarar fyndet till fullo de under lifvet observerade symptomen. De ursprungliga ileussymptomen kunna möjligen finna sin förklaring i colon transversums

fixering vid nedre lefverkanten, hvarigenom möjligen här ett hinder kunnat uppstå, deremot kunde intet hinder för passagen i duodenum upptäckas, i det ett finger med lätthet kunde föras genom densamma; möjligen hafva dock förhållandena under lifvet varit sådana, att en försvårad passage af gallan efter dess inflöde i duodenum egt rum. Frånvaron af ikterus i fallet förklaras åter till fyllest af, att något hinder för gallans passage eller någon förändring af gallvägarne ini lefvern ej fanns. Särskildt förtjenar i fallet framhållas det subkutana ödemet i högra sidan. Möjligen kan uppkomsten af ett sådant tala snarare för en abscess i lefverns omgifning än för en ini dess substans i tvifvelaktiga fall, då, så vidt jag vet, vid abscesser ini lefversubstansen ett dylikt ödem ännu ej observerats och äfven torde vara svårt att förklara, medan det lättare kan tänkas uppkomma vid abscesser i lefverns omgifning, men någon bestämd hållpunkt i detta hänseende torde ett sådant ödem näppeligen vara, då det äfven kan uppstå vid andra bukaffektioner. Så t. ex. har jag haft tillfälle observera ett högst betydligt begränsadt ödem i högra sidan vid en malign njurtumör och äfven vid empyemer samt vid tumörer af olika slag ini bröstkorgen är ett sådant observeradt.

Ett kirurgiskt ingrepp hade näppeligen kunnat rädda pat., ty, äfven om varhärden kunnat upptäckas i tid, torde ett lyckligt resultat i föreliggande knappast varit att vänta; då positift resultat erhölls efter upprepade profpunktioner, voro patientens krafter så nedsatta, att en operation med hopp om framgång ej ansågs kunna utföras.

Äfven i följande fall fanns en betydlig förstöring af gallblåsan, utan att symptomen under lifvet läto förmoda så stora förändringar af detta organ, som anträffades vid sektionen.

2. A. E. 62-årig m. Int. $^{8}/_{2}$ 94, död $^{12}/_{3}$ 94.

Anamnes: Pat. har af föregående sjukdomar lidit af frossa för 5—6 år sedan, har 3:ne gånger genomgått en lunginflammation samt har sedan 10 år besvärats af dålig

mage med stundom uppträdande kräkningar. Alkoholmissbruk? I slutet af förra månaden började han känna sig särskildt olustig, matlusten blef mycket dålig, förstoppning inställde sig, och i början af Februari märkte han en börjande gulfärgning af huden. Har samtidigt härmed väl känt någon värk, men aldrig några svårare plågor hvarken nu eller någonsin förr. Samtidigt med gulfärgningen började han besväras af klåda, förstoppningen blef mycket envis, afföringen kittliknande. Då gulfärgningen alltmera tilltog, sökte han inträde på sjukhuset.

Status præsens 8 Febr. Patienten har mycket godt hull, som dock kännes mycket slappt. Intelligensen är fri och orubbad. Stark ikterisk färgning af huden, stötande i grönt; huden visar talrika märken efter rifning. Puls regelbunden, tämligen kraftig, långsam (freqvens ej angifven i journalen). Matlust dålig, afföring mycket trög, mest medelst lavemang, lerfärgad. Urinen är starkt gallfärgad, innehåller ej ägghvita vid Hellers prof. Temperaturen normal. Ingen hydrops.

Pat. klagar öfver den intensiva klådan, som stör hans sömn och pinar honom i hög grad; inga smärtor eljest någonstädes, särskildt ej i lefvertrakten.

Vid undersökning af buken, som försvåras af ett kolossalt fettlager, kännes densamma slapp och eftergiflig, ingenstädes kan i densamma kännas någon tumör, särskildt ej i gallblåsetrakten, ej heller markerar pat. någonstädes någon utpräglad ömhet vid tryck. Lefverns nedre gräns kan genom stötpalpation bestämmas nå till planet intill costas decimas i mammillarlinien, och lefverytan erbjuder inga för känseln tydliga ojämnheter. Absolut lefverdämpning tydlig å nedre delen af bröstkorgen, den relativa börjar vid 4:de refbenet. Mjälten når till främre axillarlinien. Ingen ascites.

Från bröstets organ intet att anmärka.

Ord. Sal. carlsbad. fact. — En. aq. — Cing. Nept.

Daganteckningar: Tillståndet förblef oförändradt detsamma, utan att den ikteriska hudfärgen förändrades, utan att pat. klagade öfver annat obehag än den intensiva klådan och den till följd deraf rubbade sömnen. Matlusten var mycket dålig, öppning erhölls endast genom lavemang. Upprepade undersökningar af urinen visade konstant frånvaro af ägghvita. Aldrig kunde trots upprepade undersökningar någon tumör i gallblåsetrakten kännas, och särskild ömhet markerade pat. ej vid palpation af denna trakt.

Temperaturen förblef normal, nådde sällan 37°,5. Så förblef tillståndet utan förändring till

6/3, då pat. angreps af en afebril erysipelas nasi, som följande dag bredde ut sig så, att högra ögat hade svullnat igen, fortfarande utan temperaturstegring. Ord. Vaselin.

8/3. M. 39°, a. 37°,8 (i rectum), processen ej vidare utbredd.

9/3. Processen i ansigtet så godt som försvunnen. M. 37°,7, a. 37°,7.

10/3. Var öppningen för första gången något gallfärgad. I dag hade uppträdt en ömhet och infiltration å högra klinkan. M. 37°,1, a. 37°,8. Pat. något omtöcknad.

11/2. Under nattens lopp hade öfverallt å kroppen uppträdt talrika hudblödningar. Infiltrationen å klinkan hade spridt sig neråt lårets baksida, och under dagens lopp uppstodo här talrika, af blodigt serum fylda, mörkblåa, slappa blåsor. M. 38°,4, a. 37°,2.

12/3 afled pat.

Sektion: Talrika blödningar å den starkt ikteriska kroppen, blodblåsor å lårens baksidor. Hjärtsäcken är tom, hjärtat mäter 12 ctm. i bredd, 11 i längd, är mycket slappt; dess muskulatur är skör, med grågula strimmor, venstra kammarväggen mäter 11 mm. Valvler och mynningar utan anmärkning. Lungor äro fria, å dess pleurablad talrika små blödningar. I båda nedre loberna talrika bronchopneumoniska härdar.

I buken riklig mängd ascites. Mjälten mäter 16 ctm. i längd, 10 i bredd, 4,5 i tjocklek, den är fast med väl utbildadt trabekelverk. Colon transversum är fastväxt längs nedre lefverkanten. Efter ventrikelns och duodenums uppklippande befanns galla framtränga ur papilla Vateri vid tryck från ofvan, och sond kunde med lätthet införas, men stötte i gallgången mot stenar. Efter uppklippning befinnes gallgången vara höggradigt utvidgad från omedelbart ofvanför inmynningsstället i tarmen; dess omkrets är 4,5 ctm.; den är fyld af en rad bönstora, släta, rundade gallstenar, dess slemhinna visar inga tecken till ulceration, men är något atrofisk. Ductus cysticus likaledes högst betydligt utvidgad, dess omkrets 4,5 ctm.; den går omedelbart öfver utan något slags insnörning i gallblåsan, i hvilken anträffas ett 10-tal liknande stenar som i ductus choledochus. I gallblåsan är slemhinnan till största delen bortulcererad, endast å ett litet ställe om ett par ctms diameter finnes en rest af atrofisk slemhinna med trasiga kanter, medan för

öfrigt det varliknande gula innehållet omslutes af förtjockad, missfärgad bindväf. Ductus hepaticus är dilaterad långt in i lefversubstansen. Lefvern mäter 23 ctm. i bredd rfån sida till sida, högra loben framifrån bakåt 16, venstra 12 ctm.; den är fast, med tydlig gallimbibition af substansen, ej knottrig å ytan, men med tydligt ökad bindväf emellan acini. Njurarnes kapsel lossar endast med stor svårighet, deras yta är lindrigt knottrig, i barken, som sväller något, finnas talrika blödningar, och densamma är något ogenomskinlig. Urinblåsa normal, likaså pankreas.

I olikhet mot första fallet fanns här ett symptom, som tillät oss misstänka ett gallstenslidande som anledning till sjukdomsbilden, nämligen patientens kroniska ikterus, som kontinuerligt tilltagit från dess uppträdande. Pat. hade visserligen aldrig lidit af våldsammare koliksmärtor, men väl längre tid af dyspeptiska symptom och någon värk i öfre delen af buken. Med kännedom om, huru latent gallstenslidandet ibland kan förlöpa, och då intet annat moment, som kunde förklara en kronisk ikterus i fallet kunde upptäckas, ansågs möjligheten af en gallstensaffär vara mycket trolig. En tumörbildning med tryck å ductus choledochus kunde visserligen ej med säkerhet uteslutas, då palpation af buken på grund af pat:s betydliga hull var omöjlig, men just hans rikliga panniculus adiposus talade till en viss grad mot antagandet af någon malign tumör; för öfrigt fanns intet som med bestämdhet talade härför; ventrikelsymptom af nämd beskaffenhet kunna visserligen anträffas vid cancer ventriculi, men äro dock af för obestämd art att tillåta en sådan diagnos ställande vid frånvaro af andra, mera karakteristiska symptom. Hvad vi deremot icke väntade att anträffa, var den höggradiga förstörelsen af gallblåsan; intet af de såsom karakteristiska för en cholecystit anförda symptomen fanns i fallet, särskildt kunde aldrig trots den noggrannaste undersökning i detta hänseende någon tumör i gallblåsetrakten kännas, ej heller markerade pat. derstädes någon ömhet; temperaturen visade visserligen lindriga stegringar, dock ej större, än man är van finna dem vid gallstensaffektioner.

De båda fallen äro sålunda rätt lärorika, i det de visa, huru latent så pass betydliga förstöringar af gallblåsan kunna förlöpa; det första fallet dessutom särskildt såsom exempel på, huru symptombilden kan väcka misstanke om allt annat än det egentliga lidandet. Af största intresse skulle en bakteriologisk undersökning af innehållet i gallblåsorna hafva varit för att utröna, huruvida äfven här som i så många andra fall bacterium coli commune spelat en rol eller om andra bakterier dervid åstadkommit den purulenta processen. Tillfyllestgörande undersökningar kunde dock ej på grund af bristande apparater utföras.

Ett fall af traumatisk neuros.

Af

H. Köster.

För kort tid sedan har Lennmalm i Hygiea redogjort för de traumatiska neuroserna i en utförligare uppsats, till hvilken jag derför i fråga om detta lidande kan hänvisa. Utpräglade fall äro dock här så pass sällsynta, att jag trots det ej ringa materiel, som kommer under observation å härvarande sjukhus med dess stora poliklinik, ej under de gångna 3 åren haft tillfälle se ett sådant, hvarför redogörelsen för ett här observeradt synes mig kunna vara berättigadt; detta isynnerhet som fallet visar, att ofta först en noggrann undersökning upptäcker tämligen betydliga förändringar, som vid en ytligare sådan lätt kunna förbises; förbiseendet af dessa symptom uppväcker då lätt misstanke om en simulation, en åsikt, som äfven uttalats om personens i fråga symptom.

Det observerade fallet är följande:

J. G., 42-årig m., int. $^3/_3$ 94, utskr. fbd $^1/_5$ 94.

Anamnes: Pat. är af en stark och kraftig släkt, utan nervös belastning. Alla hans 5 syskon äro friska, en syster nyligen död (led af bleksot). Han har varit gift i 9 år med en frisk hustru, med hvilken han har 2 friska barn; intet missfall. Pat. har som barn haft mässling och smittkoppor, 1867 gastrisk feber, men för öfrigt varit frisk. Aldrig syfilis, ej alkoholmissbruk. Vårdades å sjukhuset ör 2 år sedan för blödning ur näsa och mun.

Den 20 Nov. 1893 föll pat. vid ett nybygge ner från 2 våningars höjd genom en vånings bjälklag med en tung börda på ryggen. Omedelbart efter fallet kunde han både stå och gå, kände sig dock snart yr i hufvudet och måste

gå från sitt arbete. Huru han föll och hvilka delar särskildt träffades af stötar, kan han ej med säkerhet uppgifva. Pat. låg sedan hemma till sängs 24 dagar, han kunde ej trampa på höger ben, detsamma svullnade upp och blef ömt; han fick susningar i hufvudet, som sedan fortfarit hela tiden, hörseln å höger öra försämrades något. 8 dagar efter fallet uppger han, att blod märktes i afföringen, som blef svart och förblef så under 8 dagar; vid allra minsta ansträngning påkom blodig defäkation. Pat., som förut haft särdeles god matlust, ville numera aldrig hafva mat, han mådde illa efter förtärandet af sådan, fick qväljningar, och genast efter måltiden inträdde behof till afföring. I sjukdomens början hostade han upp slem, ett par gånger litet blod, hostan åttöljdes af qväljningar. Ibland kände han rysningar. När han böjde sig framåt, blef han yr i hufvudet, såg understundom rosor och stjärnor för ögonen. En tid efter olyckshändelsen uppträdde myrkrypningar och stickningar i höger lår och understundom känslolöshet i detsamma. Sömnen orolig, drömde mycket. Urinen ömsom brun, ömsom af normal färg. Tillståndet har på detta sätt fortfarit ända till intagningen å sjukhuset.

Status præsens 10 Mars 1894. Hull och muskulatur väl utvecklade, ingen rigiditet eller särskild slapphet af muskulaturen att konstatera, ej heller någon atrofi. Huden af normal beskaffenhet, öfver venstra ögat ett litet ärr; ändfalangen å venstra tummen exartikulerad för flera år sedan. Lynnet är i allmänhet godt, tidtals blir dock pat. mycket nedstämd och gråter då lätt utan särskild anledning. Intelligens orubbad. Temperatur normal. Sömn mycket orolig, drömmar besvära pat. nästan beständigt. Matlusten nu något bättre än förr, afföring regelbunden.

Pat. klagar förnämligast öfver smärtor, sticknigaar och ibland myrkrypningar i höger ben och förlägger dessa hufvudsakligast till höfttrakten; han sysselsätter sig mycket med den skada, han råkat ut för, och är rädd för svårare följder af densamma, tror att han blir lam. Han klagar öfver hufvudvärk i trakten öfver ögonen; när han böjer sig framåt, blir han yr och vill falla baklänges, han känner sig mycket matt samt uppger sig ej se så klart som förr, i det efter en stunds fixation af ett föremål detta blir mera otydligt; ibland ser han stjärnor för ögonen. Klagar öfver smärtor i maggropen.

Hufvudet af normal form och storlek, ingenstädes ömhet för perkussion eller tryck. Pupillerna äro lika stora,

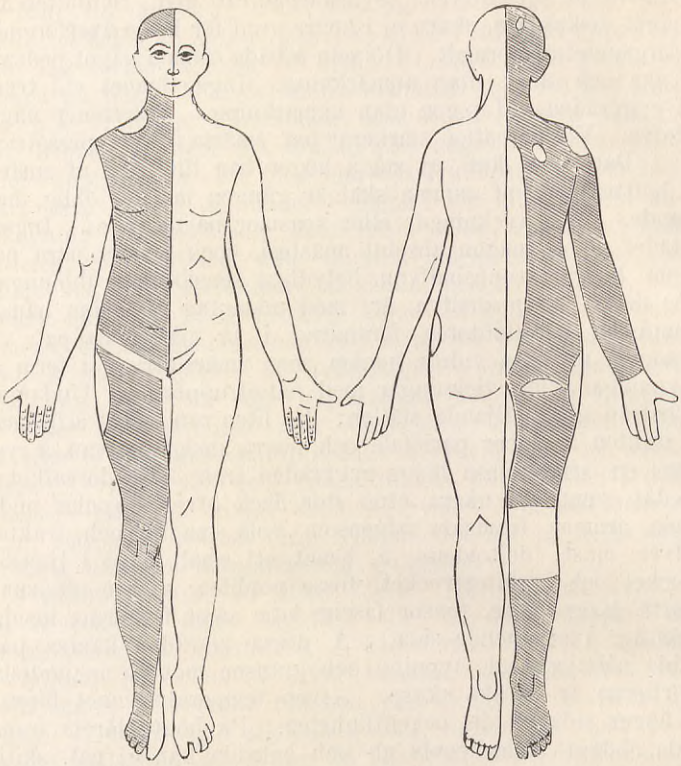
reagera för ljusintryck. Synskärpan rätt god. Synfälten äro något inskränkta, ehuru ej i högre grad för hvita fixerföremål. Färgsinnet är normalt. Hörseln å båda öronen något nedsatt. Lukt och smak utan anmärkning. Ingen ömhet vid tryck å ryggraden. Lungor utan anmärkning. Hjärttoner något dofva. Vid palpation markerar pat. smärta i regio epigastrica.

Patienten kan ej stå å höger ben till följd af smärta i höfttrakten; af samma skäl är gången mycket dålig, haltande. Inga ryckningar eller spasmer någonstädes. Ingenstädes finnes någon absolut anästesi, dock företer nära nog hela högra kroppshalfvan betydliga sensibilitetsrubbningar. Å denna kroppshalfva är, med undantag af nedan nämda områden, sensibiliteten förändrad i så måtto, att pat. väl känner, att man vidrör honom, men smärtintryck i form af nypningar eller stickningar med nål ej uppfattas. Undantag härifrån göra följande ställen: En liten rund fläck å hjässan i trakten af tuber parietale och högra ansigtshalfvan, å ryggen en smal remsa längs ryggraden från 3:dje dorsalkotan nedåt samt en några ctm. stor fläck öfver scapulas midt, hela armens framsida äfvensom vola manus och trakten öfver musc. deltoideus, å benet ett smalt band i ljumskvecket och i glutealvecket, fossa poplitea; vidare ett smalt parti öfver musc. tensor fasciæ latæ samt fotledens insida. (Se fig. å omstående sida.) Å dessa områden känner pat. både nålstygn och nypning och gränsen mot de analgetiska partierna är ganska skarp. Äfven temperatursinnet företer å höger sida en del oegentligheter: På högra lårets framsida, högra underbenets ut- och baksida kan ej pat. skilja mellan varma och kalla föremål, ej heller å högra bålhalfvans framsida och höger sida af hals och ansikte, å ryggsidan närmast kotpelaren, vid trakten omkring mediala ändan af spina scapulæ, samt å högra armens baksida med undantag af dorsum manus. Rubbningarne i temperatursinnet hafva sålunda ej fullt samma utsträckning som rubbningarne i smärtsinnet. Gränsen för sensibilitetsrubbningen å h. sida ligger skarpt i mellinien å framsidan. Å venster kroppshalfva är sensibiliteten snarare något stegrad. Reflexerna (fot-, patellar-, kremaster-, buk-) förefinnas, dock äro de i allmänhet mindre lifliga å höger än å venster sida.

$^{13}/_{3}$. Anmärktes höggradig tremor i höger arm, snart öfvergående.

$^{24}/_{3}$. Stark yrsel.

Status præsens 23—27 April 1894. Kroppskonstitution god, näringstillstånd ganska godt. Hudfärg -normal.



De skuggade partierna — sensibilitetsnedsättning.

Sensorium fritt. Aptiten god, dock ej så god som före insjuknandet. Afföring trög (5 dygn ibland mellan hvarje afföring). Urinering normal.

Pat. uppger sig ej tänka så mycket som förr på sitt onda, men håller väl reda på alla ställen, der han känner något abnormt. Puls jämn, sömnen numera god, men pat. besväras fortfarande mycket af drömmar. Pat. får lätt svindel, då han från framåtlutad ställning reser sig upp. Gången något haltande och osäker.

Han klagar öfver svaghet i hela högra sidan, kan ej lyfta något med höger arm, utan att den liksom domnar bort; likaså tycker han, att höger ben domnar, då han går, isynnerhet vid gång i trappor. Då han gått en stund, viker sig höger ben under honom; gången lättare, då han

håller sig krokig, än då han är rak i ryggen. Ingen hufvudvärk numera, men han känner en egendomlig, ej närmare bestämbar känsla öfver höger öga. Synen å höger öga sämre än å venster; vid läsning tycker han, att det "vimlar" till och bokstäfverna blifva suddiga eller försvinna. Stark susning för öronen, mest det högra, omvexlande med fria mellantider, värst då han gått en stund. Lukt och smak normala. I högra benet känner han ibland stickningar, i högra lumbalregionen svåra hugg, 3—4 gånger efter hvarandra, återkommande hvar till hvarannan dag. Ibland frysningar i högra sidan, mindre ehuru äfven något i venstra, mest om qvällarne. Om nätterna besväras pat. af hastig hackhosta, som slutar med kräkningsrörelser och nysning (obs. pat. hade förut uppgifvit, att sömnen var god). Hackhostan påkommer äfven ibland under dagens lopp, men, så fort man afleder pat:s uppmärksamhet, upphör den genast. Intet ondt i bröst eller mage. En och annan gång kräkningar; qväljning vid arbete.

Pat:s uppfattning är god, men minnet något försämradt enligt pat:s uppgift; humöret godt. Pat. har ej svårt att uttrycka sig. Vid läsning händer ofta, att han tager fel, beroende på en dallring af bokstäfverna (pat:s uppgift). Somliga ord läsas helt och hållet oriktigt, i andra falla bokstäfver eller stafvelser bort, under det ibland bokstäfver, som ej finnas, sättas till. När pat. läst ett stycke, kan han ej redogöra fullt klart för innehållet af det lästa. Pat. kan ej skrifva hela alfabetet (lilla alfabetet tyckes hafva försvunnit mera för pat. än det stora), ej heller känner han igen alla skrifna bokstäfver. Längre undersökningar omöjliga, då pat. mycket fort tröttas af sådana.

Lukten är normal. Synfälten något inskränkta, lika å båda ögonen för ej blott hvitt utan äfven färger. Vid prof med dockor har pat. svårt att reda sig med de gröna dockorna, utpräglad färgblindhet fanns dock icke. Ögonmusklerna funktionera normalt. Sensibilitet i ansikte se nedan. Ansiktets muskler normala. Hörseln är nedsatt å båda öronen. Ett fickurs pickande uppfattas af pat. på 10 ctm:s afstånd från höger, 30 ctm. från venster öra. Öfriga kranialnervers områden utan anmärkning.

Sensibiliteten å venstra kroppshalfvan för alla intryck normal, på höger sida fortfarande höggradigt förändrad. Vidrörings- och smärtsinnet upphäfda numera å hjässan och nacken, nedsatt i ansigtet, bibehållna å örat, en smal zon af nedsatt sensibilitet sträcker sig in öfver näsans

midtellinie in i venstra halfvan och å halsen upp till v. underkäksvinkel. Å bålens framsida är känseln nedsatt öfverallt, borta å en smal zon ofvanom lig. Pouparti och normal å en smal strimma i ljumskvecket, å ryggen upphäfd öfverallt utom å glutealtrakten, der den är normal; å armens baksida är sensibiliteten upphäfd, å framsidan normal; å benets framsida är sensibiliteten upphäfd, å baksidan nedsatt, normal endast i glutealvecket och fossa popbitea samt å insidan af foten, fotleden och vaden. Muskelsinnet orubbadt. Slemhinnors känslighet ej förändrad.

Alla rörelser ske obehindradt, inga ryckningar. Retbarheten för elektriska strömmar något nedsatt å höger sida i jämförelse med venster. Reflexer å höger sida nedsatta.

Från inre organ intet att anmärka.

Ofvanstående sjukdomsbild torde rättast böra räknas till den hysteriska formen af de traumatiska neuroserna. Vi hafva här ett af de hysteriska stigmata utprägladt i hög grad, nämligen den halfsidiga hemianästesien, och symptombilden är i allmänhet så lik den, man ej sällan finner vid hysteri, att man lika väl kunde tala om ett fall af manlig hysteri som om en traumatisk neuros, ehuruväl sistnämda benämning på grund af det ätiologiska momentet af mig föredragits.

I de flesta liknande fall har frågan om simulation eller icke simulation spelat en viss rol. Och äfven i föreliggande fall uttalades misstanken om, att en sådan kunde föreligga. Denna uppfattning torde dock ej vara hållbar, om man granskar symptomen närmare, men väl torde misstanken om en viss öfverdrift i patientens redogörelse för sina symptom ej kunna uteslutas. Patientens ständiga klagomål, som alltid gälde symptom, hvilka objektift ej motsvarades af palpabla förändringar, det ibland motsägande i patientens uppgifter, såsom t. ex. då han än uppgaf, att sömnen var god, än att den stördes af hackkosta, samt den observation, att hans envisa hackhosta oupphörligt fortfor, ända till dess att hans uppmärksamhet afleddes på något annat symptom, som särskildt intresserade honom, kunde lätteligen väcka tanken på en simulation. Men å andra sidan synes mig hans

utpräglade anästesi och den konstans, som i allmänhet visade sig i fråga om gränserna för de känsliga partierna inom den anästetiska högra kroppshalfvan med säkerhet tala för, att här verkligen föreligger en rubbning i nervsystemet, som man enligt vunnen erfarenhet har rätt att sätta i samband med traumat. En viss öfverdrift, äfven denna till en viss grad karakteristisk för ifrågavarande sjukdomsbild, torde dock finnas. I hvad mån den omständigheten, att pat. var olycksfallsförsäkrad, kan hafva bidragit härtill, är svårt att säga. Intressant skulle hafva varit att få veta pat:s tillstånd, sedan olycksfallsersättningen reglerats, men det har ej lyckats mig att få ånyo undersöka pat., sedan han lemnat sjukhuset. Sannolikt torde dock vara, att vi fått återse honom, om hans tillstånd ej förbättrats, och denna omständighet synes mig tala för, att en förbättring verkligen egt rum. Huruvida full hälsa kan inträda, torde emellertid vara svårt att säga, då prognosen i allmänhet är rätt dålig quoad curationem completam i liknande fall. Af intresse skulle äfven hafva varit att få upplysning om, å hvilken sida pat. fallit; derom kan han dock ej lemna någon uppgift, ehuru allt talar för, att han fallit å högra sidan, å hvilken ju de flesta symptomen äro lokaliserade.

Kronisk ikterus genom lymfkörtelkompression.

Af

H. Köster.

Gossen G. J., 3 år gammal, int. $^{17}/_{1}$ 94, död $^{2}/_{4}$ 94.

Anamnes: Modern, som vårdas å sjukhuset för hämaturi, har lemnat följande upplysningar. Pat. har alltid sedan födelsen varit klen och sjuklig, alltid lätt fått ondt i bröst och mage. Han har tidtals hostat, aldrig blodhosta, samt vanligen vid hostanfallen fått kräkningar; särskildt de sista 14 dagarne hafva hostan och kräkningarne återkommit dagligen. Pat. har varit gul ända sedan November 1892; afföringen har sedan dess alltid varit lerfärgad, men för öfrigt tämligen regelbunden. Vissa tider har gulfärgningen af kroppen varit mera intensiv än andra. Gallstenar hafva aldrig iakttagits i afföringen eller det uppkräkta. Urinen har varit mörkbrun. Pat. har alltid haft en mycket stark matlust och törst tills för 4 månader sedan, då det onda tilltagit med förökad styrka och matlusten försvunnit, ås att pat. redan efter 2 dagar afmagrat ej obetydligt. Om qvällarne har pat. i allmänhet känts rätt varm. Ibland har han fått ett slags anfall, dock ej af svårare art, under hvilka han krökt benen mot buken, krökt ihop sig och med händerna tagit omkring lefvertrakten, dock utan att jämra sig särdeles mycket. Buken har alltid varit mycket stor och uppdrifven. Särskildta barnsjukdomar har han ej haft. Förra sommaren inställde sig under några dagar incontinentia (?) urinæ, men efter att hafva tappats, blef han snart återställd. Aldrig lidit af mask.

Tilläggas bör, att fadern uppgifves vara fullt frisk; modern har i öfver 1 års tid hostat, dock aldrig blod, haft håll i höger sida samt svettats mycket om nätterna. Hon har utom pat. 5 barn, som äro friska, med undantag af en flicka om 13 år, som har klent bröst. Objektift har hos modern under sjukhusvistelsen påvisats obetydliga förändringar i högra lungspetsen samt tuberkelbaciller i sputum.

Status præsens 18 Jan. 1894. Patientens allmänna änringstillstånd är mycket dåligt, han ser särdeles klen och medtagen ut. Temperaturen något förhöjd till 39°. Sömnen är mycket dålig, matlusten mycket ringa. Afföringen är ljus, lerfärgad, för det mesta regelbunden, understundom dock omvexlande trög eller lös. Huden öfverallt intensift gulfärgad liksom conjunctiva oculi och munnens samt svalgets slemhinnor. Inga svullna lymfkörtlar.

Pat. ligger för det mesta med uppdragna ben, hostar rätt mycket, har dagliga kräkningar, qvider nästan oupphörligen. Han kan ej stå eller gå, ej säga mer än ett par ord, besvarar hvarje fråga med ett "nej", hans intelligens nedsatt i jämförelse med normala barns af samma ålder. Hufvudet är proportionsvis tämligen stort, tubera frontalia framskjutande, fontanellen sluten, inga tecken till rachitis. Läpparne något cyanotiska.

Bröstkorgen dåligt utvecklad. Perkussionstonen å högra lungans ryggsida ungefär från spina scapulæ till basen dämpad, å andra ställen normal. A det dämpade området höres bronchielt respirationsljud samt talrika hårda subkrepiterande och krepiterande rassel.

Relativa hjärtdämpningen når från 3:dje refbenet 1,5 ctm. nedåt till 4:de refbenet, der absolut dämpning vidtager, breddämpningen ej förstorad, spetsstöten i mammillarlinien 4:de interkostalrummet. Hjärttonerna äro rena, hjärtverksamheten mycket hastig, pulsen liten. Buken är mycket stor och spänd; särskildt bukta de öfre partierna öfver lefvertrakten mycket fram. Absoluta lefverdämpningen sträcker sig i parasternallinien från 6:te refbensbrosket 9,5 ctm., i mammillarlinien från 6:te refbenet 10,5 ctm. och i främre axillarlinien från 6:te interstitiet 10 ctm. nedåt till i medellinien 3,5 ctm. ofvan nafveln, längre åt höger till jämhöjd med nafvelplanet. Lefvern kännes hård och jämn. Ehuru bukbetäckningarne äro mycket spända, kan dock lefverranden palperas. Svullna mesenterialkörtlar kunna deremot ej kännas. Stark ömhet vid tryck å lefvern. Ingen ascites.

Urinen porterbrun, fri från ägghvita.

Dagantecknigar: (Endast de viktigaste anföras).

1/2. Under ett par dagar hafva afföringarne varit lindrigt ljusgula. Ikterus något minskad.

4/2. Tydligt gallfärgade fæces.

Småningom försvann den ikteriska hudfärgningen helt och hållet, temperaturen blef normal och visade endast enstaka stegringar till 38°. Tillståndet förblef i öfrigt oförändradt, och pat. afled marantico modo 2 April.

Sektion: Liket höggradigt afmagradt, ej ikteriskt. Hjärtat utan anmärkning, hjärtsäcken innehåller en ringa mängd serös vätska. Högra lungan mycket stor, fast, hela nedre lobens och större delen af de båda öfres snittyta intages af hvitgula, ostiga, lufttomma massor, mellan hvilka gå stråk af grof bindväf; i nedre loben finnes derjämte en valnötstor kaverna med purulent, mera tunnflytande innehåll. I venstra lungan finnas hampfrö- till ärtstora knölar af gulaktigt utseende, omgifna af en fast bindväfskapsel och innehållande en mörjig, ostig massa; dessa ostiga härdar finnas spridda öfverallt ini och på ytan af lungan. Högra lungsäcken oblitererad, venstra tom. Mjälten genomsatt af ett mindre antal ärtstora tuberkler med fast, gulaktig, $^1/_2$ mm. tjock kapsel och ostigt mörjigt innehåll. Njurarne utan anmärkning.

Lefvern af ungefär normal storlek, å ytan tämligen slät, för känseln fast. Vid insnitt i densamma befinnes bindväfven vara något förökad, gallgångarne äro höggradigt dilaterade, med tunnflytande gulaktig galla. Dessutom finnas spridda i lefvern i rätt stort antal liknande af kapsel omgifna ärtstora tuberkler med ostigt innehåll. Gallblåsan är sammanfallen, innehåller tunnflytande gul galla i måttlig mängd. Ductus choledochus och hepaticus ej obetydligt utvidgade, körtlarne i porta hepatis svälda till bönstorlek. Efter uppklippning af ductus choledochus upptäckes i dess nedersta del en perforation af väggen af några mm:s storlek, ur hvilken vid tryck å omgifningen utprässas en mörjig, varliknande massa, och genom hvilken man inkommer i en hasselnötstor håla, fyld af samma mörjiga massa och omgifven af en fibrös, tämligen fast bindväfskapsel. Mesenterialkörtlarne äro svälda. Från mage och tarmar intet att anmärka, fæces tydligt gallfärgade.

Fallet visade således, att den kroniska ikterus, som fanns, berodde på en kompression af gallgången genom svälda tuberkulösa lymfkörtlar, såsom redan under lifvet antagits. Man hade näppeligen mycket annat att tänka på. Tuberkulosen hos modern, den utpräglade kroniska pneumonien i

högra lungan gjorde ett sådant antagande i högsta grad sannolikt, och äfven den varierande intensiteten i gulfärgningen, som observerats hemma, kunde förklaras genom vexlande kompression på grund af variationer i lymfkörtlarnes storlek. Å andra sidan fanns ingen bestämd hållpunkt för antagandet af ett annat lidande. Man kunde möjligen tänka på en gallstensaffär på grund af de i anamnesen omnämda anfallen af smärta i lefvertrakten, som gingo öfver efter någon tid, men gallsten hos barn är mycket sällsynt. Äfven andra tumörer kunde uteslutas, framförallt lät näppeligen gulfärgningens totala försvinnande förena sig med tanken på en sådan. För öfriga anledningar till kronisk ikterus fanns ingen hållpunkt.

Under lifvet var dock den ikteriska färgningens försvinnande, sedan den stått i ung. 15 månader, rätt svår att förklara. Möjligheten af en smältning med genombrott af den komprimerande körteln kunde man visserligen tänka sig, äfven om ett sådant säkerligen ej är vanligt, och det kunde hafva skett åt olika håll. Men ett dylikt antagande förblef dock alltid hypotetiskt. Sektionen visade emellertid, att en perforation verkligen egt rum och detta in i gallgången, ett troligen ej så synnerligen ofta observeradt förhållande. Att verkligen en kompression egt rum, framgår tydligen af de i hög grad utvidgade gallgångarne i lefvern, för hvilka ingen annan förklaringsmöjlighet fanns; äfven den lindriga cirrhosen tydde på en längre tids retention. Deremot hade lefvern vid sektionen ej någon förstorad volym, säkerligen beroende på att 2 månader förflutit, från det gallstasen upphäfts tills exitus inträffade, och sålunda möjlighet för lefvern att återtaga sin normala volym fanns.

Fallet kompletterar i fråga om ätiologien för kronisk ikterus de fall, jag förut vid olika tillfällen demonstrerat i sällskapet; i fråga om dessa hänvisar jag till sällskapets förhandlingar.

Om behandling af erysipelas, särskildt med vaselin, jämte några ord om den erysipelatösa processen

af

H. Köster.

En bland de sjukdomar, hvars behandling i alla tider stått på dagordningen på grund af dess allmänna förekomst och de grava symptom, den ofta framkallar, är den s. k. rosfebern. Otaliga äro de medel, som föreslagits mot densamma, och alltjämt dyka det oaktadt nya förslag upp för att snart följas af andra. Anledningen härtill är den olika bild, under hvilken vi se processen uppträda i olika fall, och till följd däraf svårigheten att bedöma, om sjukdomen läkts mera spontant, eller om läkningen varit en följd af den använda behandlingen. Så se vi än processen börja ytterst våldsamt under hög feber, skarpa frysningar, allmänt illamående, kräkningar och till och med delirier, snart följda af en rodnad än här än där, som hastigt utbreder sig öfver större eller mindre delar af kroppen; än åter uppträder rodnaden inom ett mera begränsadt område, febern är lindrigare, allmänsymptomen mindre svåra, och helsa inträder snart, utan att dock alltid ett bestämdt förhållande tyckes råda mellan allmänsymptomens svårare eller lättare beskaffenhet och den lokala processens utbredning. Och då därtill kommer, att vissa tider de uppträdande formerna äro svårartade, andra åter mera lindriga, är det tydligt, att en hel rad af fall en tid kunna förlöpa gynnsamt under en behandling, som andra tider ej ger samma goda resultat.

Det skulle blifva för långt att redogöra för allt, hvad som föreslagits i detta hänseende. I korthet sammanfattadt har tera-

pien växlat, allt efter som uppfattningen af processens väsen växlat. HIPPOCRATES, som väl beskrifvit sjukdomen, ansåg den bero på en fluxion af blodet till de rodnade partierna och anbefallde derför bloduttömningar, CELSUS åter ansåg den vara uttryck för en inflammation och anbefalde på den grund afkylande och resolverande medel. Lång tid herskade därefter åsikten om, att processen berodde på en blandning af gallan med blodet, hvarigenom inflammation framkallades, och följden var, att under långa tider åderlåtning och diverse yttre medel, till och med spansk fluga, användes, de senare för att hindra metastaser i inre organ. Småningom började dock åsikten om processens infektiösa natur tränga allmännare in i läkarnes medvetande, men först FEHLEISENS upptäckt af streptokocker såsom regelbundna fynd vid erysipelatösa processer och liknande processers framkallande genom dessa bakterier bevisade, att så var förhållandet. Samtidigt påvisades, att dessa kocker uteslutande sprida sig och tillväxa i de ytliga lymfbanorna, åtminstone under processens första stadier. Därmed var ett fast underlag gifvet för behandlingen. Dödandet af dessa streptokokker genom antiseptiska medels användande å de angripna områdena var den indikation, som omedelbart följde af dessa upptäckter. Därjämte var det naturligtvis äfven rationelt att försöka genom inverkan i periferien af de angripna områdena hindra kokkernas vidare spridning i lymfbanorna. Det är också i dessa båda riktningar, som senare tiders terapi rört sig. Dels hafva alla våra kända antiseptika användts till betäckning af de angripna huddelarne, än i en och än i en annan form, såsom salvor, spray, i lösning m. m., dels har man försökt att genom insprutningar af antiseptiska ämnen i periferien, genom incisioner eller genom kompression hindra processens vidare utbredning. Men allt detta med växlande lycka, såsom bäst framgår däraf, att intet af de föreslagna medlen kunnat få allmänt förtroende, beroende därpå, att alltid fall förekomma, där trots allt, hvad man försöker, processen dock sprider sig och angriper allt större områden.

Mindre torde detta vara fallet i fråga om de medel, som söka att genom förstöring af lymfbanorna eller insprutningar af antiseptika i periferien häfva möjligheten för kokkernas vidare utbredning, men dessa metoder hafva den stora olägenheten att

vara smärtsamma och ej alltid användbara. Skarifikationerna fordra kloroformnarkos och qvarlemna ofta ärr, injektionerna äro mycket smärtsamma för patienterna, kompressionen, om den skall vara verksam, torde ej kunna användas annat än å perifera kroppsdelar, medan den vid processer i ansiktet näppeligen låter sig verksamt utföras. Dessa behandlingsmetoder hafva därför ej vunnit allmän burskap, utan sträfvandet har ständigt gått ut på att finna något medel, genom hvars inverkan på de angripna partierna kockerna dödades och processen hejdades, och som på samma gång var användbart i alla fall.

Ett sådant sträfvande är också fullt berättigadt. Äfven om sjukdomen sällan leder till döden, är den dock ytterst smärtsam för patienten, och ej sällan äro de allmänna symptomen, delirierna, febern m. m., mycket allvarsamma; äfven komplikationer förekomma af ganska allvarsam art, som göra det önskvärdt att snarast möjligt hejda och häfva processen.

De oupphörligen uppdykande nya förslagen visa emellertid, att man ännu ej i detta hänseende lyckats upptäcka ett medel, som med säkerhet förmår hejda processen. Och hur lifligt än ett medel rekommenderas af en författare, så äro de af andra erhållna resultaten med samma medel ofta ej lika tillfredsställande. Skälen härtill har jag till en del redan förut framhållit.

På sista tiden hafva särskildt ichthyol och sublimat rekommenderats i salvform, och äfven å Sahlgrenska sjukhuset hafva försök med dessa medel anställts, då antalet sjuke i detta hänseende är rätt betydligt. En granskning af de med dem erhållna resultaten, jämnförda med dem, som erhållits under föregående tidrymder, då behandlingen bestod i än blyvatten, än jodpensling, visade emellertid ej någon särskild öfverlägsenhet hos de förra gent emot de senare; och å andra sidan var deras användande någon gång obehagligt för patienterna. Till följd däraf leddes jag till att till en början i endast lättare fall, sedan åter i alla fall använda uteslutande det indifferenta vaselinet för att täcka de angripna partierna och omgifningen samt för öfrigt behandla patienterna symptomatiskt. Resultaten af denna behandling, som alltsedan fortsatts härstädes, voro lika goda, som de med de antiseptiska medlen erhållna, och jag har därför ansett mig böra

redogöra för de under loppet af ett år sålunda behandlade patienterna.

För jämnförelses skull har jag sammanställt resultaten af de under de sista 10 åren med olika medel behandlade erysipelasfallen, eller de för 1883—1892. Det skulle emellertid blifva för långt att in extenso meddela sjukhistorierna för alla fall, hvarför jag endast i kort sammandrag meddelar de vunna resultaten vid behandling dels med blyvatten, jodpensling, ichthyolvaselin och sublimatlanolin, dels slutligen förloppet i fall, som inkommit, sedan processen redan varit aflupen. Däremot tillåter jag mig i största korthet meddela utdrag af sjukhistorierna för de med rent vaselin behandlade fallen.

A priori förefaller det nämligen föga sannolikt, att förloppet under en så indifferent behandling skall kunna vara lika gynnsamt som vid behandling med det starkt antiseptiska sublimatlanolinet och andra mera kraftiga medel, blyvattnet undantaget, som väl äfven torde kunna räknas till de indifferenta medlen. Ett uttryck härför finner jag äfven i STINTZING och PENTZOLDTS Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, där VIERORDT vid omnämnandet af metoden förklarar sig med bästa vilja ej kunna fatta förtroende för densamma, ett omdöme, som, då medlet ej försökts, är lätt förklarligt. Jag tvingas därför att med en föga intressant kasuistik visa, att resultaten verkligen äro fullt lika goda som vid användandet af andra yttre medel. Antalet sålunda behandlade fall torde numera öfverstiga 100-talet, dock torde det vara tillräckligt att anföra endast dem, som under första året kommit under behandling.

Det material, som sålunda står mig till buds, är ej obetydligt och just genom den långa tidrymd, under hvilken fallen förekommit, synnerligen lämpligt för jämnförande af de olika behandlingsmetodernas verksamhet. Tillfälligheter sådana som en epidemis större eller mindre svårartade beskaffenhet, som eljest kunna rätt väsentligt inverka på resultatet, kunna därigenom uteslutas. Minst dock i fråga om de med ichthyol och sublimat behandlade fallen, hvilka dock å andra sidan användts under så lång tid, att sådana moment ej torde kunna tillmätas någon större betydelse; så i fråga om ichthyolvaselinet 7 månader, i fråga om sublimatlanolinet 6 månader. Antalet med dessa

medel behandlade fall är däremot mindre än antalet med öfriga här använda medel behandlade, och de med dem erhållna resultaten torde därför ej kunna anses fullt jämnförbara med de öfriga erhållna, ehuru å andra sidan antalet behandlade fall torde vara tillräckligt betydligt för att gifva en fullt användbar föreställning om deras verksamhet.

Det använda materialet är äfven så till vida homogent, att de yttre förhållandena varit desamma för patienterna, och att anteckningarne om förloppet i fallen i allmänhet äro fullständiga. Minst gäller detta måhända om åtskilliga med jodpensling behandlade fall, i hvilka förloppet i flere synes mig tala för, att processen under behandlingen utbredt sig vidare; i det stora hela torde dock värdet af jämnförelsen mellan äfven dessa fall och de öfriga ej väsentligt inskränkas häraf.

För att kunna få några hållpunkter för bedömandet af de olika behandlingsmetodernas verksamhet, torde man rättast utgå från febern i fallen. De framträdande symptomen äro af tvåfaldig art, nämligen dels lokala, dels allmänna. De förra låta näppeligen använda sig för bedömandet af processens längd. Om man betänker, huru ytterligt varierande dessa äro, huru ibland under veckor rodnad och äfven ett visst ödem kunna qvarstå, utan att patienterna må illa, men i stället visa alla tecken till full rekonvalescens, måste man erkänna, att dessa lokala symptom äro af underordnad betydelse för bedömandet af sjukdomens gravitet. Denna uppfattning styrkes äfven af det faktum, att ingalunda de lokala symptomen stå i något direkt förhållande till allmänsymptomens beskaffenhet; ej sällan är en endast obetydlig och begränsad rodnad förenad med våldsamma delirier och hög feber, medan i andra fall en ganska utbredd rodnad och ej obetydligt ödem kunna vara förenade med ett relatift godt allmänbefinnande. Man torde därför ej säga för mycket, om man antar, att de lokala förändringarne i och för sig, åtminstone i okomplicerade fall, ej innebära någon fara för patienterna, så mycket obehag de än förorsaka i form af smärta, spänning och ömhet. Liknande finner man vid många andra sjukdomar; så t. ex. vid en angina tonsillaris, vid hvilken de svåra allmänna symptomen, de våldsamma frysningarne, det intensiva allmänna illamåendet stå i en skärande kontrast med de ofta obetydliga lokala förändringarne.

Långt större betydelse tillkommer otvifvelaktigt allmänsymptomen. Dessa uppkomma sannolikt hufvudsakligast genom resorption af i de angripna partierna bildade toxiner, då man i allmänhet ej i blodet kunnat påvisa uppträdande af kocker, liknande de i de lokala härdarne funna. Ju gravare allmänsymptom, dess gravare är infektionen, och i allmänhet ju gravare allmänsymptom, dess högre feber. I och med detsamma temperaturen återgår till normal, måste man antaga, att denna resorption upphört, och ett uttryck härför är, att som regel allmäntillståndet förbättras och en viss eufori inträder. I och med detsamma upphör äfven processens vidare utbredning i huden, åtminstone har jag ej bland det ej obetydliga antal fall, jag haft tillfälle observera, kunnat konstatera en sådan utbredning efter denna tidpunkt Oftast sammanfalla upphörandet af processens vidare utbredning med återgång af temperaturen till normala förhållanden; där febern, oaktadt processen tyckes vara begränsad, det oaktadt fortfar längre tid, föreligger oftast en komplikation af ena eller andra slaget. Man torde därför vinna de bästa hållpunkterna för en jämnförelse, om man såsom ett uttryck för processens duration håller sig till temperaturen. Så har jag äfven gjort i det följande och räknat sjukdomens duration från första frysningen, som i regel inom kort åtföljes af temperaturstegring, tills patienterna blifvit feberfria. Denna initiala frysning är otvifvelaktigt ett uttryck för allmäninfektionen och torde därföre rättast kunna betraktas som det första symptomet af sjukdomen, oaktadt ingen rodnad uppträdt. Bakterierna hafva då redan inträngt, alstrat toxiner, som resorberats, och först efter en kortare eller längre tids förlopp framträda de lokala förändringarne; i åtskilliga af de anförda fallen hafva ända till 2 dagar hunnit förflyta mellan frysningen och febern å ena sidan och den lokala rodnaden å den andra; fastän sjukdomen i dessa fall ej kunnat diagnosticeras vara en erysipelas, förr än rodnaden uppträdt, hafva patienterna redan lidit af rosfeber.

Öfvergår jag efter dessa förberedande anmärkningar till fallen, kunna de sammanfattas under följande grupper.

I.

A. Fall utan behandling.

I denna grupp har jag sammanfört alla de fall, hvilka utan att vara underkastade någon särskild behandling i hemmet kommit till sjukhuset, sedan processen varit utlupen, d. v. s. patienterne varit feberfria. Det är tydligt, att den tidrymd, som förflutit från patienternas insjuknande till intagandet, ej alltid är ett exakt uttryck för processens duration i dessa fall, i det ofta nog patienterna torde varit feberfria redan flere dagar före deras inträde, och sjukdomstiden således ofta kortare, än som tyckes framgå af tiden från insjuknandet till inkomsten. De sålunda funna talen äro således endast ett uttryck för den längsta medeltid, under hvilken processen plägar förlöpa, men de torde väl i allmänhet ej afvika från verkliga förhållandet, då som regel efter feberns försvinnande processen hastigt går tillbaka och behofvet att söka inträde å sjukhuset därföre ej längre förefinnes. Just på grund häraf har jag, oaktadt de funna tidrymdernas ej fullt säkra uttryck för sjukdomens duration, ansett det vara lämpligt att sammanföra dessa fall, då därigenom beredes en möjlighet till jämnförelse mellan icke behandlade och behandlade i fråga om feberns duration.

Till denna grupp höra 25 patienter, däri inberäknade tvenne fall, i hvilka patienterna ej underkastades någon behandling, oaktadt de inkommit samma dag, processen började, tvenne fall, som därför äro synnerligen bevisande, emedan här processen förlupit under observatörens ögon.

En jämnförelse mellan dessa fall visar ett högst varierande förlopp, men som regel har processen varit afslutad inom 8 dagar från dess början: inom 1 dag i 2 fall, inom 2 i 1, inom 3 i 2, inom 4 i 5, inom 5 i 1, inom 6 i 1, inom 7 i 6 och inom 8 i 2, medan i 1 fall förflutit 11 dagar, innan pat. uppsökte sjukhuset, i 1 fall 12, i 1 fall 14, i 1 fall 15 och i 1 fall 21 dagar, utan att några särskilda komplikationer förefunnits.

I 2 fall insjuknade pat. i nosokomial erysipelas och behandlades blott exspektatift; febern försvann i dessa efter resp. 4 och 6

dagar, oaktadt den nådde upp till resp. 39,7 ⁰ och 40,4 ⁰, detta utan att processen hade någon större tendens att breda ut sig, utan snart begränsades. Ehuru någon bestämd uppgift om fallens natur i allmänhet saknas, tala de dock för, att processen ofta tenderar till att inom relatift kort tid af sig själf afstanna.

B. Fall med karbololje- och zinksalvebehandling.

Hit höra 3 fall, som endast anföras för fullständighetens skull. I 2 användes karbololja, och pat. blefvo feberfria efter resp. 7 (insjuknade i nosokomial erysipelas) och 1 dags (inkommen 4 dagar efter insjuknandet) behandling. I 1 användes zinkolja, och pat. blef feberfri efter 10 dagars behandling (tiden för insjuknandet ej exakt angifven), utan att uppgift om någon spridning af processen finnes.

C. Fall, behandlade med blyvatten.

Blyvattenbehandlingen har länge varit en mycket använd behandlingsmetod; densamma har här å sjukhuset användts uteslutande under 3 års tid samt under en lika lång följande tidsperiod omväxlande med jodpensling. Det oaktadt finnas i journalen endast 37 fall jämte 2 recidiv anförda, ett i förbigående nämndt anmärkningsvärdt förhållande, om man betänker nutidens betydliga freqvens; att ej de behandlade fallen uteslutande tillhört kategorien svåra fall, torde framgå af det följande.

Af dessa 39 fall, om recidiverna medräknas såsom självständiga fall, hvilket torde vara tillåtet, då recidiverna ingalunda alltid äro af lindrigare art än den första gången uppträdande processen (se längre fram), kunna dock endast 29 användas för jämnförelse, emedan i de öfriga dels komplikationer funnits, såsom flegmonösa processer med däraf föranledd förlängd temperaturstegring, i 3 fall, dels exitus inträdde i 3 fall, fastän endast i 1 beroende på den erysipelatösa infektionen, dels slutligen i 4 en blandad behandling användts.

Bland dessa 29 fall inträdde feberfrihet, räknadt från behandlingens början, inom 1 dygn i 4 fall, inom 2 i 5, inom 3 i 7, inom 4 i 6, inom 5 i 3, inom 6 i 1, inom 9 i 2 och inom 11 i 1 fall.

Processen spred sig vidare, sedan behandlingen påbörjats, i 11 fall, dock mycket olika, i det — om man ej medräknar 2 fall, i hvilka en blandad behandling användts, och 1 fall, i hvilket en flegmonös process utbildades — feberfrihet inträdde, räknadt från behandlingens början, inom 2 dagar i 1, inom 3 i 2, inom 4 i 1, inom 5 i 2, inom 9 i 1 och inom 11 i 1 fall.

En granskning af den tidrymd, som förflutit mellan patientens insjuknande och hans intagande å sjukhuset å ena sidan, och den tid, som förflutit, innan han blef feberbri, är af största betydelse, då härigenom en hållpunkt kan vinnas för bedömandet af, huruvida behandlingen eger något bestämdt inflytande; om så är förhållandet, måste fallen nämligen gå till feberfrihet tidigare i de fall, som i ett tidigare stadium kommit under behandling. Vid en sådan finna vi följande: I de fall, där pat. insjuknat i en nosokomial erysipelas eller fått recidiv, d. v. s. i sådana, som omedelbart efter processens början kommit under behandling, inträdde feberfrihet efter 2 dagar i 1, efter 3 i 2 och efter 4 i 1 fall. Bland dem, som inkommo efter 1 dygns feber, inträdde feberfrihet, från behandlingens början räknadt, efter 2 dagar i 1 fall och efter 5 i 1; när pat. inkommit efter 2 dagars feber inom 1 dygn i 1, inom 3 i 2, inom 4 i 1, inom 6 i 1 och inom 9 i 1 fall, efter 3 dagars feber inom 3 dagar i 2, inom 4 i 1 och inom 11 i 1 fall, efter 4 dagars feber inom 2 dagar i 2, inom 4 i 2 och inom 5 i 1 fall, efter 5 dagars duration af processen inom 1 dygn i 1 och inom 5 i 1 fall, efter 6 dagars duration inom 1 dygn i 2, inom 2 i 1 och inom 9 i 1 fall, efter 7 dagars duration inom 3 dygn i 1 fall samt efter 10 dagars duration inom 4 dygn i 1 fall.

Döden har i 1 fall inträdt på grund af den erysipelatösa infektionen hos en förut frisk individ, i 1 fall träffade processen en genom en kronisk nefrit förut höggradigt nedsatt individ. I 1 fall afled pat. på grund af en höggradig gangrenös process med lymfangit och sepsis.

D. Fall med jodbehandling.

Med jodpensling i form af upprepade dagliga inpenslingar å de angripna partierna och angränsande delar hafva ej mindre än 54 patienter, hos hvilka dessutom 5 gånger recidiv förekommit,

behandlats, ett antal, som fördelas öfver en tidrymd af 6 år. De vunna resultaten torde därför kunna anses utgöra ett exakt uttryck för värdet af nämnda behandling, då alla tillfälliga inflytelser med säkerhet torde kunna uteslutas, med den inskränkning, som jag förut nämnt i fråga om anteckningarnes noggrannhet i ett eller annat fall.

Af dessa 59 fall kunna dock endast 50 användas för jämnförelse, då i 4 en flegmonös process utbildades, i 1 en parotit tillstötte, i 3 ej uteslutande jodpensling, utan en blandad behandling kom till användning, och i 1 fall exitus inträdde. I 1 annat inträffade exitus på grund af en efter den erysipelatösa processens afslutning tillstötande pneumoni, hvarför nämnda fall medräknats bland de för jämnförelse användbara.

I dessa 50 fall inträdde feberfrihet, räknadt från behandlingens början, inom 1 dygn i 8 fall, inom 2 i 9, inom 3 i 11, inom 4 i 5, inom 5 i 10, inom 6 i 4, inom 8 i 1 och inom 10 dagar i 2 fall.

Af de fall, som underkastats en blandad behandling, användes i 1 fall de två första dagarne blyvatten, därpå jodpensling, under hvilken pat. blef feberfri efter inalles 5 dagars behandling, i 1 fall blyvatten 1 dygn och därefter jodpensling med feberfrihet efter inalles 3 dygns behandling och slutligen i 1 fall ichthyolvaselin under 6 dagar, därefter jodbehandling med feberfrihet efter ytterligare 6 dygn.

Trots påbörjad behandling spred sig processen i 8 fall, och febern försvann i dessa, efter frånräknande af 2 fall med blandad behandling, efter 1 dygns behandling i 1 fall, efter 5 i 2, efter 6 i 2 och efter 8 i 1 fall.

När fallen omedelbart efter insjuknandet kommit under behandling (12 fall), inträdde feberfrihet efter 1 dygn i 2 fall, efter 2 i 1, efter 3 i 4, efter 4 i 1, efter 5 i 2, efter 8 i 1 och efter 10 dygn i 1 fall. När behandlingen påbörjats först 1 dygn efter insjuknandet (1 fall), inträdde feberfrihet inom 2 dagar, från behandlingens början räknadt, när 2 dagar förflutit, innan behandlingen påbörjades (5 fall), inom 1 dygn i 1 fall, inom 3 i 1, inom 5 i 1, inom 6 i 2 fall, efter 3 dagars förlopp (4 fall) inom 1 dygn i 2, inom 3 i 1, inom 5 i 1 fall, efter 4 dagars förlopp (9 fall) inom 2 i 2, inom 3

i 1, inom 4 i 1, inom 5 i 3, inom 6 i 1, inom 10 i 1 fall, efter 5 dagars förlopp (5 fall) inom 3 dagar i 1, inom 4 i 2, inom 5 i 2 fall, efter 6 dagars förlopp (3 fall), inom resp. 1 i 2 fall och 2 dygn, efter 7 dagars förlopp (2 fall) inom resp. 3 och 5 dygn, efter 8 dagars förlopp (1 fall) inom 1 dygn, efter 9 dagars förlopp (1 fall) inom 4 dygn, efter 10 dagars förlopp (1 fall) inom 2 dygn, efter 11 och 24 dygns förlopp inom resp. 2 och 3 dagar. I 3 fall finnes dessutom ej någon bestämd uppgift om processens början.

Dödsfallet inträffade hos en äldre man på grund af den erysipelatösa infektionen. Dessutom afled en patient på grund af en tillstötande akut pneumoni, sedan han blifvit feberfri och den erysipelatösa processen läkts.

E. Fall, behandlade med ichthyol.

Ichthyolbehandlingen har ej några gamla anor. Först rekommenderadt af UNNA 1886 blef medlet sedan genom NUSSBAUMS uppsats (Zur inneren Anwendung des Ichthyols. Therapeut. Monatshefte 1888, sid. 15) kändt som ett verksamt medel mot alla af hyperemi åtföljda processer i huden, dit ju äfven den erysipelatösa processen hör. Sedan hafva äfven goda resultat erhållits af v. BRUNN (Zur Ichthyolbehandlung des Erysipelas. Therapeut. Monatshefte 1889, p. 222), af SACHS (Zur Behandlung des Erysipels. ibid. 1891, sid. 623), hvilka använde kollodiumlösning, af KLEIN (Die Behandlung des Erysipels. Berl. klin. Wochenschr. 1891, N:o 39) samt framförallt af FESSLER (Klinisch-experimentelle Studien über chirurgische Infektionskrankheiten, insbesondere über die Wirkung des Ichthyols bei Erysipelas und verwandten Krankheiten 1891), som vid experimentela och kliniska undersökningar erhöll mycket goda resultat.

Dess verkan skulle enligt FESSLER bestå i ett tillintetgörande af kockerna, hvarjämte möjligen medlets reducerande verkan, i det det absorberar syre, och dess sammandragande verkan å kärlsystemet med åtföljande minskning af hyperemien skulle göra näringsmaterialet olämpligt för bakteriernas vidare utveckling.

Här å sjukhuset har en 10 % vaselinsalfva vanligen kommit till användning. Densamma har utbredts å de angripna partierna samt angränsande delar och därefter täckts med en

mask af linne eller bomull, med hål för mun, näsa och ögon, då processen angripit ansiktet, med en binda, då andra partier angripits; insmörjningen har upprepats tvänne gånger dagligen. Behandlingen har därjämte varit symptomatisk (se under vaselin).

Några egentliga olägenheter af denna behandling har jag ej observerat. Salfvan fördrogs mycket väl, retningssymptom uppträdde icke; lukten besvärade dock en och annan patient Resultatet var emellertid ej så gynnsamt, att icke försök borde göras med andra medel, hvarför jag efter en tid öfvergick till sådana med sublimatlanolin.

De sålunda behandlade fallen hafva varit 19 till antalet jämte 1 recidiv. Af dessa 20 fall kunna dock endast de 16 jämnföras sinsemellan, då i 4 utbredda flegmonösa processer uppträdt och dymedelst förlängdt temperaturstegringen.

I dessa 16 fall inträdde feberfrihet, räknadt från behandlingens början, efter 1 dygn i 1 fall, efter 2 i 2, efter 3 i 5, efter 4 i 4, efter 6 i 2, efter 10 i 1 och efter 17 dygn i 1.

Trots behandling utbredde processen sig vidare i 7 fall, i hvilka feberfrihet inträdde, frånsedt 2 fall med varbildning, efter resp. 4, 6 (2 fall), 10 och 17 dygn.

I fall åter, som omedelbart efter processens början behandlades (1 fall), inträdde feberfrihet efter 3 dygn, i dem, hvilka började behandlas 1 dygn efter feberns uppträdande (2 fall), inom resp. 4 och 6 dygn från behandlingens början räknadt, efter 2 dygns feber (4 fall) inom resp. 2, 4, 6 och 10 dygn, efter 3 dygns feber (1 fall) inom 4 dagar, efter 4 dagars feber (2 fall) inom 1 resp. 17 dygn, efter 5 dagars feber (1 fall) inom 3 dygn, efter 6 dagars feber (1 fall) inom 3 dygn, efter 7 dygns feber (2 fall) inom resp. 2 och 4 dygn, efter 9 dagars feber (1 fall) inom 3 dygn och efter 14 dagars feber (1 fall) inom 3 dygn.

I 1 fall afled pat. på grund af en tillstötande akut pneumoni och recidiverande larynxerysipelas, sedan den ursprungliga erysipelatösa processen läkts. Af sistnämnda skäl har äfven detta fall medräknats vid ofvan anställda jämnförelse.

F. Fall med sublimatbehandling.

Sublimatet är ju vårt kraftigaste och mest använda antisepticum, och försök härmed hafva därför äfven anstälts i alla

möjliga former. Hvad dess användande i salvform beträffar, så har särskildt GOTTSTEIN visat (Sublimatlanolin als Antisepticum, Therap. Monatsh. 1889, sid. 102), att sublimat i förening med lanolin eger samma antiseptiska egenskaper som dess vattenlösning, och att dess applicerande i sådan form till följd däraf har vissa fördelar: ringa mängd behöfves, en intensiv kontakt erhålles, och verkan blir långvarigare än vid användandet af vattenlösning. I ett fall hade han mycket godt resultat. Redan förut hade WENDEROTH (Beiträge zur Lehre vom Erysipelas. Inaug. Dissert., Göttingen 1888, cit. efter Gottstein, Zur Therapie des Erysipelas. Therapeut. Monatsh. 1891, sid. 238) erhållit goda resultat i 10 fall, i 2 af hvilka dock processen spridt sig vidare. Utom af dessa båda har jag i mig tillgänglig litteratur funnit medlet rekommenderadt af JORISENNE (Le Progrès médicale 1886 N:o 50, 1887 N:o 3, Ref. i Therap. Monatsh. 1887, sid. 66) och af WINCKLER (Zur Erysipelbehandlung. Therap. Monatsh. 1892, sid. 218).

Den vanligast använda koncentrationen har varit den af 1 : 1000, men i fall, i hvilka processen spridt sig, hafva äfven starkare koncentrationer användts, ända till 1 : 200, utan att alltid svåra retningssymptom följt däraf. Användningen har varit densamma, som nämnts vid ichthyolbehandlingen, likaså den symptomatiska behandlingen. Detta medel syntes mig gifva rätt goda resultat, men ej sällan klagade pat. öfver en mer eller mindre intensiv sveda, och äfven en och annan gång tycktes en viss retning uppstå. Några symptom af intoxikation såg jag däremot aldrig, äfven om kanske möjligheten af en sådan, isynnerhet vid närvaro af nefriter, ej torde kunna anses vara fullt utesluten.

Med sublimatlanolin behandlades 15 fall och 1 recidiv, skildt genom flere dagars mellanrum, medan ett annat recidiv, i hvilket febern ej återgått till norm vid dess inträde, ej medräknats.

Antalet behandlade fall är således relatift ringa, då jag af skäl, som jag straxt skall nämna, snart öfvergick till vaselinbehandlingen.

Af dessa 16 fall äro dock endast 14 fullt jämnförliga, då i 1 en blandad behandling kom till användning, i 1 varbildning inträdde.

I dessa 14 fall inträdde feberfrihet efter 1 dygns behandling i 2 fall, efter 2 dygns i 1, efter 3 dygns i 4, efter 4 dygns i 3, efter 5 dygns i 1, efter 6 dygns i 2 och efter 26 dygns behandling i 1 fall.

I 1 fall användes först sublimatlanolin under 6 dygn, därefter ichthyol under 6 dagar, hvarefter pat. blef feberfri.

Trots behandling spred sig processen vidare i 2 fall, i hvilka feberfrihet inträffade inom resp. 2 och 26 dagar från behandlingens början.

I dem åter, som kommo omedelbart under behandling efter processens början (1 fall), inträdde feberfrihet efter 3 dygn, från behandlingens början räknadt, efter 1 dygns feber (2 fall) inom resp. 3 och 6 dygn, efter 3 dagars feber (2 fall) inom resp. 1 och 6 dagar, efter 4 dagars feber (5 fall) inom resp. 1, 3, 4, 5 och 6 dygn, efter 5 dagars feber (2 fall) inom 3 dagar, efter 6 dagars feber (1 fall) inom 6 dygn.

G. Fall med vaselinbehandling.

Flere omständigheter ledde mig till den behandling, som nu sedan mer än 1 1/2 år användes här å sjukhuset, och med hvars resultat jag är så tillfredsställd, att jag ej haft anledning öfvergifva densamma. Försöken med ichthyol och sublimat visade i det stora hela ej några väsentligt bättre resultat än de, som förut erhållits vid behandling med dels den indifferenta blyvattenbehandlingen, dels jodpenslingen. Härtill kom, att i ej så få fall dessa medel visade sig fullkomligt overksamma, i det processen, oaktadt de användes i starkare koncentration, än vanligen var fallet, spred sig vidare och ej lät hejda sig, förr än den vandrat öfver hela kroppen. En misstanke om, att den lokala behandlingens betydelse var jämnförelsevis mindre, att det var processens egen beskaffenhet, som ofta bestämde resultaten i så måtto, att, där tendens till sådan spridning finnes, där inverka dessa yttre medel föga, uppstod därför hos mig. För att pröfva, huruvida en sådan uppfattning var riktig, började jag, naturligtvis till en början i endast lättare fall, använda uteslutande ren vaselin såsom täckmedel och för öfrigt endast behandla pat. symptomatiskt; de resultat, jag därvid erhöll, uppmuntrade till fortsättning, i det de voro ungefär lika goda, som de vid

användandet af andra medel erhållna. Ytterligare leddes jag härtill genom de obehagliga biverkningar, flere af de anförda medlen ega. Den intensiva svedan vid jodpenslingen, som är ytterst smärtsam för patienterna, den ofta ej obetydliga svedan och retningssymptomen vid sublimatlanolinets användning, den obehagliga lukten vid ichthyolens användning undvikes vid vaselinbehandlingen och voro lika många fördelar vid denna.

Numera förfogar jag öfver ett material af öfver 100 fall, af hvilka jag dock i det följande endast omnämner alla under 1893 behandlade fallen utan urval, redan de ett ej obetydligt antal. Dessförinnan dock några ord om den sålunda genomförda behandlingen.

Med pensel påstrykes tvenne gånger dagligen ett tjockt lager af hvit vaselin å de angripna partierna och deras närmaste omgifning, det hela täckes därefter med linne eller bomullstyg, med hål för ögon, öron och mun, då processen angripit ansiktet; därefter fixeras detta med en binda under lätt kompression. Dagligen förnyas penslingen och samma af vaselin genomdränkta tyg pålägges ånyo samt fixeras på samma sätt.

Dessutom har behandlingen varit symptomatisk. Vid mycket svår hufvudvärk hafva pat. erhållit antifebrin eller antipyrin i dos af resp. 0,25 och 0,50 grm, likaså om temperaturen nått upp till 40° och däröfver, kina i dos af 0,50 har gifvits vid tecken till samtidig svår allmäninfektion, vid starkare hjärnretning har isblåsa användts å hjässan, laxans i form af kalomel eller Inf. sennæ har gifvits vid behof, vid delirier har användts kloral och vid hjärtsvaghet alcohilica och digitalis.

De fördelar, som denna behandling medfört, har jag redan till en del omnämnt. Densamma är indifferent i så måtto, att alla möjligheter till intoxikation eller till retning äro uteslutna; behandlingen är ej obehaglig för patienterna, någon sveda eller smärta framkallas ej af densamma. Den kan användas öfverallt, äfven å den hårbevuxna delen, och ofta minskas känslan af spänning i huden, som ju ej sällan besvärar pat., ej obetydligt, i hvarje händelse lika mycket som vid användning af ichthyolvaselin och sublimatlanolin. Slutligen är densamma mycket billig, hvilket ej gäller om åtminstone ichthyolbehand-

lingen, en fördel af en viss betydelse, då antalet fall är stort som å sjukhus.

På nu anförda sätt hafva 54 patienter behandlats under år 1893 jämte 4 recidiv; i 2 andra recidiv inträdde ny rodnad, innan patienterna blefvo feberfria.

En kort redogörelse för fallen följer här:

1. H. E. 34-årig m. Int. $^{17}/_{12}$ 92 för Degen. cordis + Arteriosclerosis. $^{17}/_{1}$ plötsligen feber, rodnad vid näsroten och svullnad, spridande sig till kinderna, A. 38,8^{0}. Ord. Vaselin. $^{18}/_{1}$ M. 36,8^{0}, a. 38,8^{0}. $^{19}/_{1}$ M. 37,5^{0}, a. 38,6^{0}. $^{20}/_{1}$ M. 37,4^{0}, a. 39,3^{0}. $^{21}/_{1}$ M. 36,6^{0}, sedan feberfri.

2. J. A N. 47-årig m. Int. $^{26}/_{12}$ 92, utskr. $^{3}/_{1}$. Sjuknade $^{25}/_{12}$ med rodnad kring h. ögat och svullnad. Vid inkomsten ögat och trakten däromkring höggradigt svullet och rodnadt. Ej alb. A. 39,9^{0}. Ord. Vaselin. $^{27}/_{12}$ M. 39,2^{0}, a. 40,2^{0}. $^{28}/_{12}$ M. 37,6^{0}. a. 40,2^{0}. $^{29}/_{12}$ M. 38^{0}, a. 39,4^{0}, $^{30}/_{12}$ M. 37^{0}, a. 38^{0}. $^{31}/_{12}$ M. 37,2^{0}, a 38^{0}, incision i öfre ögonlocket på grund af en där bildad varhärd. Ingen spridning af processen.

3. P. J. 52-årig qv. Int. $^{28}/_{12}$ 92, utskr. $^{7}/_{1}$. Opererad å kirurg. afdelningen för ateromcysta $^{26}/_{12}$. Samma dag frysning, rodnad och riklig varbildning i såren. Vid inkomsten hela ansiktet diffust rödt och svullet, ömt. Alb. A. 39^{0}. Ord. Vaselin. $^{29}/_{12}$ M. 37,8^{0}, a. 37,8^{0}, sedan feberfri utom en lindrig stegring till 38,5^{0} d. $^{1}/_{1}$ 93.

4. J. K. 36-årig m. Int. $^{1}/_{2}$ 93, utskr. $^{13}/_{2}$. Vårdades i Sept. 92 för samma åkomma, behandlades då med sublimatlanolin. Sjuknade $^{29}/_{1}$ i angina och $^{30}/_{1}$ starka frysningar och rodnad kring näsan; rodnad och svullnad af hela ansiktet vid inkomsten. Alb. A. 40,4^{0}. Ord Vaselin, Antifebrin, Kloral. $^{2}/_{2}$ M. 39,8^{0}, a. 40,6^{0}. $^{3}/_{2}$ M. 37,3^{0}, sedan feberfri.

5. M. N. 22-årig qv. Int. $^{5}/_{2}$ 93, utskr. $^{21}/_{2}$. Sjuknade $^{1}/_{2}$ i angina, $^{3}/_{2}$ började kring näsan, där hon länge haft sår, rodnad och svullnad, som spred sig, så att vid inkomsten hela ansiktet och v. halfvan af hjässan voro angripna. Alb. A. 39,9^{0}. Ord. Vaselin, Antifebrin. $^{6}/_{2}$ M. 39,6^{0}, a. 38,3^{0}. $^{7}/_{2}$. M. 38^{0}, a. 37,4^{0}. $^{8}/_{2}$. M. 37, a. 37,8^{0}, sedan feberfri.

6. A. K. 54-årig qv. Int. $^{16}/_{2}$ 93, utskr. $^{21}/_{2}$. Sjuknade $^{12}/_{2}$ med frysning, rodnad kring näsan, spridande sig nedåt ansiktet. Vid inkomsten hela hufvudet rodnadt och svullet. Alb. A. 38,2^{0}. Ord Vaselin. $^{17}/_{2}$. Feberfri.

7. A. P. 56-årig qv. Int. $^{21}/_{2}$ 93, utskr. $^{6}/_{3}$. Sjuknade $^{17}/_{2}$ med frysning och rodnad i pannan, som spred sig till kinderna, där vid inkomsten liflig rodnad och sår. Alb. A. 38^{0}. Ord. Vaselin. Följande dag feberfri.

8. C. H. 28-årig m. Int. $^{19}/_{3}$ 93, utskr. $^{27}/_{3}$. Vårdats å medic. afd. för tuberkulös cystit; remitterades till kirurg. afd. för operation, men öfverflyttades åter, emedan erysipelas uppträdt i ansiktet. Processen inskränkt till näsan och kinderna. Hade å med. afd. haft ständig feber å qvällarne till 38,5^{0}. Vid inkomsten A. 39.4^{0}. Ord. Vaselin. $^{20}/_{3}$. M. 37,8^{0}, a. 39^{0}. $^{21}/_{3}$. M. 37,4^{0}, rodnaden försvunnen, sedan feberfri.

9. L. L. 22-årig qv. Int. $^{10}/_{4}$ 93, utskr. $^{22}/_{4}$. Sjuknade $^{8}/_{4}$ med frysningar och ansvällning af näsan, i hvilken hon hade sår. Samtidigt angina. Vid inkomsten v. ögat igensvullet och å pannan några bullæ. Alb. A. 39,6^{0}. Ord. Vaselin, Antifebrin. $^{11}/_{4}$. M. 39^{0}, a. 40,5^{0}. $^{12}/_{4}$. M. 39,7^{0}. a. 38,7^{0}. $^{13}/_{4}$. M. 37,6^{0}, a. 39,1^{0}. H. ögat igensvullet, processen å v. sida häfd. $^{14}/_{4}$. M. 37,2^{0}, a. 39,4^{0}. $^{15}/_{4}$. M. 37,8^{0}, a. 38,2^{0}. $^{16}/_{4}$. M. 37,2^{0}, sedan feberfri.

10. J. A. O. 20-årig m. Int. $^{11}/_{4}$ 93, utskr. $^{24}/_{4}$. Sjuknade 1 vecka före intagandet med frysningar, rodnad och svullnad kring näsan. Processen spred sig, så att vid inkomsten hela ansiktet upp till hårfästet och öronen voro angripna. Delirier. Alb. A. 40,2^{0}. Ord. Vaselin, Antifebrin. $^{12}/_{4}$. M. 40,1^{0}, a. 40,6^{0}. $^{13}/_{4}$. M. 39,3^{0}. a. 39,8^{0}. $^{14}/_{4}$. M. 37,8^{0}, a. 39^{0}. $^{15}/_{4}$. M. 37,7^{0}, a. 38^{0}. $^{16}/_{4}$. M. 37,2^{0}, sedan feberfri.

11. C. C. 55-årig qv. Int. $^{12}/_{4}$ för gummata cutanea å låret. Död $^{9}/_{5}$. Sjuknade $^{30}/_{4}$ med feber och allmänt illamående. $^{2}/_{5}$. Erysipelatös rodnad och svullnad å v. lårets både fram- och baksida. Stark hjärtsvaghet. Alb. M. 39,3^{0}. a. 38,8^{0}. Ord. Vaselin, Ch., 0,50 gm, stimulantia. $^{3}/_{5}$. M. 38,8^{0}, a. 40^{0}. $^{4}/_{5}$. Rodnad minskad. M. 37^{0}, a. 39,8^{0}. $^{5}/_{5}$. M. 37^{0}, a. 39,2^{0}, stark frysning. $^{6}/_{5}$. M. 38,2^{0}, a, 40,1^{0}. Rodnad å hela v. underbenet under stark värk. Ord. Digitalis. $^{7}/_{5}$. M. 37,7^{0}, a. 39^{0}. V. foten starkt rodnad. $^{8}/_{5}$. M. 38,4^{0}, a. 38,9^{0}. $^{9}/_{5}$. M. 37,6^{0}, a. 38^{0}. Död. Sektionen visade höggradig gummatös lefvercirrhos och en betydlig hjärtdegeneration.

12. H. S. 14-årig gosse. Int. $^{13}/_{4}$ 93, utskr. $^{22}/_{4}$. Slag å knäskålen $^{7}/_{4}$. Fick $^{9}/_{4}$ värk i såret, hufvudvärk och svår feber samt nackstelhet. Samma dag pat. intogs uppträdde rodnad och svullnad af hela ansiktet, isynnerhet h. halfvan, yrsel. Benet normalt. Ej alb. A. 38,6^{0}. Ord. Vaselin. $^{14}/_{4}$. M. 38^{0},

a. 39 0. 15/4. M. 38,2°, a. 37,8°. 16/4. M. 37,2°, a 38,4°, sedan feberfri.

13. A. B. 72-årig qv. Int. 13/4 93, död 15/4. Sjuknade 10/4 med frysning, svullnad af näsroten. Processen spred sig, så att vid inkomsten kinderna och pannan voro rodnade. Pneumoni i h. nedra loben, puls 130, alb. i måttlig mängd. A. 40,2°. Ord. Vaselin, Konjak, Rosén. 14/4. M. 38,8°, a. 38,6°. 15/4. M. 38,4°, rodnad betydligt fbd, men hjärtverksamheten ytterst dålig. Död trots excitantia. Sektionen visade kronisk skrumpnjure, akut pneumoni i h. lungans nedra lob, myocarditis fibrosa jämte betydlig arterioskleros.

14 C. G. N. 42-årig m. Int. 29/4 93, utskr. 5/5. Sjuknade 25/4 med frysning, 27/4 svullnad och rodnad i h. ansiktshalfvan. Vid inkomsten hela ansiktet rodnadt och svullet. Alb. A. 40,2°. Ord. Vaselin. 30/4. M. 38,8°, a. 39°. 1/5. M. 38,6°, a. 38,4°. 2/5. M. 37,8°, a. 37,8°, sedan feberfri.

15. C. J. 23-årig qv. Int. 3/5 93, utskr. 16/5. Sjuknade 1/5 i angina, följande dag rodnad af halsen, som spred sig uppåt ansiktet, så att vid inkomsten ansiktet i dess helhet var rodnadt och ömt med sår och bullæ. Ej alb. A. 39,6°. Ord. Vaselin. 4/5. M. 39,2°, a. 39,5°. 5/5. M. 37°, a. 37,8°, sedan feberfri.

16. P. O. 53-årig m. Int. 4/5 93, utskr. 18/5. Efter sår å underbenet rodnad och svullnad dagen före inkomsten. Vid inkomsten större delen af v. benet rodnadt och svullet. Ej alb. A. 39,1°. Ord. Vaselin, Ch. 5/5. M. 38,2°, a. 38,3°. 6/5. M. 38°, a. 37,7°. 7/5. M. 37,6°, a. 38,2°. 8/5. M. 37,8°, a. 38,2°. 9/5. M. 37,8°, a. 38,2°. 10/5. Feberfri.

17. A. S. 39-årig m. Int. 9/5 93, för kronisk pneumoni. Utskr. 5/6. Sjuknade, sedan pat. hela tiden visat en temperatur upp till 38° om qvällarne, 18/5 utan frysningar med rodnad och svullnad af näsan, som hastigt spred sig till öronen och hela ansiktet. Ord. Vaselin. 19/5. M. 37,3°, a. 38,6°. 20/5. M. 39,2°, a. 38,6°. 21/5. M. 37,8°, sedan som förut. Rodnaden häfd, men pat. till utskrifningen lindrigt oredig.

18. J. P. 46-årig m. Int. 31/5 93, utskr. 15/6. Sjuknade 24/5 med frysning, smärta, rodnad och svullnad af h. fotrygg, som spred sig till hela underbenet, hvilket vid intagandet var svullet och rödt. Ej alb. A. 39,2°. Ord. Vaselin. 1/6. Underbenet betydligt fbdt, pat. feberfri; endast å fotryggen qvarstod svullnad, och där måste 10/6 en abscess öppnas.

19. A. J. 19-årig m. Int. 1/6 93, utskr. 12/6. Sjuknade 26/5 med frysning, svullnad och rodnad af trakten kring näsan.

Vid inkomsten hela ansiktet svullet, ögonen igensvullna. Ej alb. A. 39,8°. Ord. Vaselin. 2/6. M. 38,3°, a. 38,8°. 3/6. M. 37,6°, a. 38,8°. Endast trakten kring v. ögat ännu svullen och rodnad. 4/6 M. 37°, a. 37°. 5/6 M. 37,2°, a 39,3°. 6/6. M. 37,3°, a. 38,1°. 7/6. Feberfri.

20. J. E. 38-årig m. Int. 2/6 93, utskr. 15/6. Sjuknade 1/6 med frysning, rodnad kring ögonen och näsan jämte svullnad. Vid inkomsten processen utbredd till kinderna, våldsamma delirier. Ej alb. A. 38,6°. Ord. Vaselin, Kloral. Processen bredde ut sig till hela ansiktet och öronen, ej bullæ. 3/6. M. 37,9°, a. 38,4°. 4/6. M. 38,1°, a. 38,9°. 5/6. M. 37,8°, a. 40,3°. 6/6. M. 38,8°, a. 39,2°. 7/6. M. 37,8°, a. 37,8°, sedan feberfri.

21. H. E. 69-årig qv. Int. 12/6 93, utskr. 26/6. Sjuknade 5/6 med frysningar, börjande rodnad och svullnad i ansiktet, som spred sig därifrån ner till halsen och nedåt bröstet samt ryggen, så att vid intagandet större delen af bålen var angripen. Ej alb. A. 38,2°. Ord. Vaselin. Processen spred sig sedan ner öfver hela bålen, nedåt benen och öfverarmarne. 13/6. M. 36,6°, a. 39°. 14/6. M 37,8°, a. 39,3°. 15/6. M. 38,8°, a. 38,1°. 16/6. M. 37,5°, a. 37,8°. 17/6. M. 38°, a. 38,4°. 18/6. M. 38°, a. 38,1°. 19/6. Feberfri.

22. F. A. 29-årig qv. Int. 17/6 93, utskr. 14/8. Opererad 15/6 i bursa præpatellaris, genast rodnad och svullnad i trakten däromkring med frysningar och feber. Rodnaden spred sig snart öfver hela knätrakten och till dess baksida under stark svullnad och rodnad. Vid inkomsten underbenet och låret fria. Ej alb. A. 40,2°. Ord. Vaselin, Antifebrin. 18/6. M. 39,4°, a. 39,7°. 19/6. M. 38,8°, a. 39,7°. 20/6. M. 38,2°, a. 38,8°. Processen i huden minskad. Febern qvarstod det oaktadt, och 25/6 gjordes incision i en varhärd nedanför knäet, hvarefter pat. blef feberfri.

23. M. B. 59-årig qv. Int. 27/6 93, utskr. 5/7. Sjuknade 20/6 med frysningar, värk, rodnad och svullnad kring näsroten; stark snufva förut. Vid inkomsten processen spridd öfver näsan och kinderna. Ej alb. A. 39,8°. Ord. Vaselin. 23/6. Feberfri. M. 37,4°.

24. A. E. 20-årig qv. Int. 5/7 93, utskr. 13/7. Sjuknade 29/6 med frysningar, svullnad och rodnad kring näsroten, svullnaden spred sig, så att vid inkomsten hela ansiktet utom hakan var svullet och rödt, ögonen igensvullna. Subj. befinnandet godt. Ej alb. A. 40,3°. Ord. Vaselin. 6/7. M. 39,7°, a. 41,2°. 7/7. M. 37,9°, a. 39°. 8/7. M. 37,5°, sedan feberfri.

25. A. S. 50-årig m. Int. 7/7 93, utskr. 18/7. Sjuknade 1/7 med frysningar, rodnad vid näsroten och svullnad, som spred sig något, så att vid inkomsten näsan och kinderna voro svullna och rodnade. Ej alb. A. 38,2°. Ord. Vaselin. Processen spred sig sedan inåt näsan, som blef alldeles täppt, och angrep ytteröronen. 8/7. M. 37,6°, a. 39,6°. 9/7. M. 38,2°, a. 37°. 10/7. M. 38,3°, a. 38,9°. 11/7. M. 37,6°, a. 36,4°. 12/7. M. 36,9°, a. 38,6°. 13/7 feberfri.

26. C. J. 25-årig m. Int. 12/7 93, utskr. 24/7. Sjuknade 11/7 med värk öfver näsan, där snart rodnad och svullnad uppträdde, frysning på aftonen. Vid inkomsten hela ansiktet svullet och rodnadt. Alb. A. 40,6°. Ord. Vaselin. Processen spred sig småningom ned öfver hela halsen. 13/7. M. 40°, a. 40,4°. 14/7. M. 39,5°. a 40,4°. 15/7. M. 40,2°, a. 40,4°. 16/7. M. 39,1°, a. 40,4°. 17/7. M. 37,8°, a. 38°. 18/7 feberfri.

27. A. S. 18-årig qv. Int. 20/7 93, utskr. 29/7. Sjuknade 15/7 med frysningar; natten till 19/7 börjande rodnad och svullnad i ansiktet utan bestämd utgångspunkt. Vid inkomsten hela ansiktet rodnadt och svullet, ögonen igensvullna. Alb. A. 39,8°. Ord. Vaselin. 21/7. M. 39,6°, a. 39,6°. 22/7. M. 38,5°, a. 38,7°. 23/7. M. 36,8°, a. 38°. 24/7 feberfri. Sjuknade ånyo 6/8 med frysningar, rodnad och ömhet i pannan, vid inkomsten 7/8 hela ansiktet rodnadt och svullet. Ej alb. A. 38,6°. Ord. Vaselin. 8/8. M. 36,9°, a. 38,2°. 9/8 feberfri.

28. C. W. 34-årig m. Int. 28/7 93, utskr. 3/8. Sjuknade 24/7 med frysningar, svullnad kring tinningarne, ögonen och öronen, jämte rodnad. Vid inkomsten rodnad och svullnad kring öron, kinder och ögon. Ej alb. A. 38°. Ord. Vaselin. 29/7. M. 36,8°, a 38,7°. 30/7. M. 37°, sedan feberfri.

29. A. B. 18-årig qv. Int. 3/8 93, utskr. 24/8. Sjuknade 31/7 med frysning, 2/8 rodnad och svullnad i pannan, som spred sig till h. kinden. Vid inkomsten rodnad och svullnad därstädes. Alb. A. 39,9°. Ord. Vaselin. 4/8. M. 38,8°, a. 38,4°. 5/8. M. 38,4°, a. 39,6°. 6/8. M. 37,2°, a. 38,4°. 7/8. M. 37,5°, a. 37,8°. Vaselin borttages. Rodnad och svullnad borta. 8/8. M. 37,4°, a 38,8°. 9/8. M. 39,2°, a. 38,7°. Ny rodnad å pannan och i ansiktet jämte svullnad. 10/8. M. 38,2°, a 39,7°. Ord. Vaselin. 11/8. M. 37,2°, a. 37,6°. 12/8 36,8°, a. 37,6°. Vaselin borttages. 13/8. M. 36,8°, a. 37,3°. 14/8. M. 36,4°, a. 39,8°. 15/8. M. 39,2°, a. 40,5°. Ny rodnad å samma ställe jämte svullnad. Ord. Vaselin, Ch. 0,50. 16/8 M. 38,4°, a. 38,4°. 17/8. M. 36,8°, a. 37,9°. 18/8. M. 36,4°, a. 37,8°, sedan feberfri.

30. A. B. 55-årig qv. Int. $^{8}/_{8}$ 93, död $^{13}/_{8}$. Sjuknade $^{2}/_{8}$ med frysning, rodnad och svullnad å h. underbenet med blåsor. Vid inkomsten benet rodnadt i dess helhet. Ej alb. A. 39,4^{0}. Ord. Vaselin, Konjak, Antifebrin. $^{9}/_{8}$. M 40^{0}, a. 39,2^{0}. $^{10}/_{8}$. M. 39,2^{0}, a. 39,5^{0}. $^{11}/_{8}$. M. 38,2^{0}, a. 39,4^{0}. Ord. Ch. 0,50, Kamferinjekt. $^{12}/_{8}$. Benet fläckvis gangrenerande med stora blodfyllda blåsor, börjande lungödem. Alb. i riklig mängd. Ord. Omslag med Burow + Borsyrelösn. āā. M. 38,7^{0}, a. 40^{0}. $^{13}/_{8}$. M. 39.4^{0}. Död. Sektionen visade hjärtdegeneration och akut nefrit.

31. J. H. 50-årig qv. Int. $^{8}/_{8}$ 93, utskr. $^{15}/_{8}$. Sjuknade $^{31}/_{7}$ med frysning. $^{3}/_{8}$ börjande rodnad och svullnad i pannan, spridande sig nedåt och till öronen, så att vid inkomsten hela ansiktet och öronen voro svullnade och rodnade. Ej alb. A. 39,2^{0}. Ord. Vaselin. $^{9}/_{8}$ feberfri.

32. W. F. 25-årig qv. Int. $^{19}/_{9}$ 93, utskr. $^{9}/_{10}$. Haft samma sjukdom 2 ggr förut. Sjuknade $^{16}/_{9}$ med frysningar, trakten kring näsroten började rodna och svullna. Vid inkomsten hela ansiktet rodnadt och svullet med bullæ. Alb. A. 40,6^{0}. Ord. Vaselin, Ch. 0,50. $^{20}/_{9}$. M. 40^{0}, a. 41^{0}. $^{21}/_{9}$. M. 39,1^{0}, a. 40,5^{0}. $^{22}/_{9}$. Processen har utbredt sig till nacken och hela hufvudet. M. 39,3^{0}, a. 40,3^{0}. $^{23}/_{9}$ Processen har utbredt sig till ryggens öfre del. M. 39^{0}, a. 40,4^{0}. Ord. jodpensling i periferien af det rodnade partiet, vaselin å centrum. $^{24}/_{9}$. M. 38,6^{0}, a. 38,6^{0}. Processen har utbredt sig till skuldrorna. Ansiktet betydligt fbdt. Ny jodpensling i periferien. $^{25}/_{9}$. M. 37,8^{0}, a. 39^{0}. $^{26}/_{9}$. M. 38.4^{0} a. 39,3^{0} Processen har spridt sig nedåt ryggen. $^{27}/_{9}$. M. 40^{0}, a. 40,5^{0}. Processen har spridt sig till bröstet och vidare ner på armarne. Angina. Jodpensling i periferien. $^{28}/_{9}$. M. 40,1^{0}, a. 39.1^{0}. $^{29}/_{9}$. M. 38^{0}, a. feberfri.

33. C. A. S. 53-årig m. Int. $^{19}/_{9}$ 93, utskr. $^{18}/_{10}$. För 5 år sedan liknande sjukdom. Slag å benet $^{14}/_{9}$ med skråma. Benet svullnade hastigt, och vid inkomsten var h. underbenet ända till knäet rodnadt och svullet med blåaktig anstrykning. Likaså lårets insida. Alb. A. 40^{0}. Ord. Vaselin. Ch. 0,50 Under denna behandling förbättrades rodnaden jämnförelsevis hastigt, och den erysipelatösa processen var häfd efter några (omkr. 4) dagar. Men småningom under konstant remitterande feber till 39^{0}—40^{0} uppstodo abscesser, den första inciderades $^{28}/_{9}$ vid h. malleolen, och slutligen gangren af större delen af h. underbenets hud, slutligen äfven en flebit längs lårets insida, Remitterades därför till kirurgiska afdelningen

34. A. M. 63-årig m. Int. $^{19}/_{9}$ 93 för en pares af båda benen, utskr. $^{10}/_{11}$. Efter sår efter flugor å ryggen sjuknade

pat. $^{2}/_{11}$ med frysning och feber och på qvällen rodnad å v. rygghalfvan å nedre delen i lumbal- och nedre thorakalregionen Ej alb. A. 41^{0}. Ord. Vaselin. $^{3}/_{11}$. Processen har ej spridt sig vidare, M. 38,3^{0}, a. 40,6^{0}. $^{4}/_{11}$. M. 39,8^{0}, a. 39^{0}. $^{5}/_{11}$. M. 39,4^{0}, a. 39,6^{0}. $^{6}/_{11}$. Processen häfd.

35. C. H. 32-årig m. Int. $^{28}/_{9}$ 93, utskr. $^{7}/_{10}$. Skrubbsår i ansiktet $^{24}/_{9}$. Följande natt och dag svullnad, värk jämte frysning och feber. Vid inkomsten hela ansiktet lindrigt svullet och rodnadt, minst h. kinden, Ej alb. A. 38,4. Ord. Vaselin. $^{29}/_{9}$ M. 37,6^{0}, sedan feberfri.

36. A. O. 26 årig qv. Int $^{29}/_{9}$. utskr. $^{16}/_{10}$. I somras erysipelas faciei under 14 dagar, svårt sjuk då. Sjuknade samma dag, hon intogs, med frysning, rodnad och svullnad af h. kinden, som hastigt utbredde sig öfver hela ansiktet, som på qvällen var diffust rodnadt och svullet. Ej alb. A. 38,4^{0}. Ord. Vaselin Processen utbredde sig till halsen. $^{30}/_{9}$ M. 38,2^{0}, a. 39,8^{0}. $^{1}/_{10}$. M. 38,2^{0}, a 39,7^{0}. $^{2}/_{10}$. M. 38,6^{0}, a. 39,2^{0}. $^{3}/_{10}$. M. 38^{0}, a. 37,6^{0}, sedan feberfri.

37. J. C. 44-årig qv. Int. $^{2}/_{10}$ 93, utskr. $^{19}/_{10}$. Sjuknade $^{28}/_{10}$ med en liten röd fläck nedom v. ögat och samtidig värk i käken. Hon fick frossbrytningar, processen bredde ut sig, så att vid inkomsten nästan hela ansiktet var rodnadt och svullet. Alb. A. 39,8^{0}. Ord. Vaselin Antifebrin. $^{3}/_{10}$. Processen har spridt sig till hela ansiktet. M. 39,3^{0}, a. 40,4^{0}. $^{4}/_{10}$. M. 40^{0}, a. 40,5^{0}. $^{5}/_{10}$. M. 39,2^{0}, a. 38,9^{0}. $^{6}/_{10}$. M. 37,5^{0}, a. 38,2^{0}. $^{7}/_{10}$. M. 37,2^{0}, a 38^{0}. $^{8}/_{10}$. M. 37,4^{0}, a. 38,2^{0} sedan feberfri. Processen bredde ej ut sig vidare.

38. C. H. 53-årig m. Int. $^{6}/_{10}$ 93, utskr. $^{12}/_{10}$. Sjuknade $^{24}/_{9}$ med rodnad och svullnad i ansiktet samt frysningar. Efter 5 dagar förbättrades tillståndet och rodnaden minskades, så att vid inkomsten v. örat och v. ansiktshalfvan hufvudsakligast voro rodnade och svullna. Alb. A. 39,7^{0}. Ord. Vaselin. $^{7}/_{10}$. M. 38,4^{0}, a. 38,4^{0}. $^{8}/_{10}$ Feberfri.

39. A. P. m. Int $^{7}/_{10}$ 93, utskr. $^{30}/_{10}$. Inkom för en läkt erysipelas. Sjuknade ånyo $^{20}/_{10}$ med rodnad och värk öfver näsan och närmaste delarne däromkring jämte frysningar. Ej alb. A. 40,5^{0}. Ord. Vaselin. $^{21}/_{10}$. Rodnaden och svullnaden hade utbredt sig öfver hela ansiktet. M. 38,5^{0}, a. 38,6^{0}. $^{22}/_{10}$. Feberfri, svullnaden betydligt minskad. Inkom 1 dag efter utskrifningen; hade genast fått frysning, och vid inkomsten var hela ansiktet utom hakan rodnadt och svullet, ödem i hufvudsvålen. Ej alb. A. 40,5^{0}. Ord. Vaselin. $^{1}/_{11}$ M. 39,6^{0}, a. 39,4^{0}. $^{2}/_{11}$. 37,9^{0}, a. 38,4^{0}. Betydl. fbd. $^{3}/_{11}$. M. 37,2^{0}, a. 38,5^{0}. $^{4}/_{11}$. M. 36,8^{0}, a. 38,5^{0}. $^{5}/_{11}$. Ansiktet ånyo svullet och

rödt, mest kring ögonen och å näsan. M. 37,7°, a. 40°, Ch. 0,50. 6/11. M. 38,9°, a. 39,4°. 7/11. M. 38,6°, a. 39,1°, sedan feberfri till 23/11 då a. 39,4°. 24/11. Ånyo rodnad och svullnad nedanför ögonen, ej frysning. Ord. Vaselin. M. 37,8°, a. 38,1°. 25/11. Ögonen igensvullna. M. 38.6°, a. 39,6°. 26/11. M. 37,8°, a. 40,4°. 27/11 feberfri och sedan definitift frisk. Processen utbredde sig ej vidare.

40. J. S. 35-årig m Int. 15/10 93, utskr. 2/11. Skada i fingret 12/10. Efter ett par dagar häftiga frysningar och börjande svullnad af öfver- och underarmen jämte smärtor, 14/10 kolossal infiltration af hela armen och samma dag äfven rodnad och svullnad af hela ansiktet under häftig hufvudvärk. Vid inkomsten en brädhård infiltration af hela v. armen, rodnad och svullnad af hela ansiktet. Alb. A. 40,2°. Ord. Vaselin i ansiktet. 16/10. M. 39,6°, a. 40,2°. 17/10. M. 39°, a. 38,6°. 18/10 feberfri. Processen i ansiktet har gått öfver utan att utbredas vidare. Därefter ny feberstegring på grund af gangren af nästan hela underhudsbindväfven å armen. Remitterades till kirurg. afd. för transplantation.

41. J. P. 55-årig m. Int. 17/10 93, utskr. 6/11 93. Sjuknade 14/10 med frysning, följande dag rodnad af nässpetsen, som på qvällen utbredde sig öfver hela ansiktet, hvilket vid inkomsten var rodnadt. Alb. A. 39,6°. Ord. Vaselin. 18/10. M. 38,8°, a 40,5°. 19/10. M. 39,8°, a. 40,2°. Processen har spridt sig upp i hårfästet och ner i nacken, ansiktet betydl. fbdt. 20/10. M. 38,8°, a. 39,8°. 21/10. M. 38,8°, a. 39,1°. 22/10 feberfri.

42, C. J. 47-årig m. Int. 19/10 93, utskr. 13/11. Sår i nacken 11/10, snart rodnad och svullnad, som spred sig, så att vid inkomsten hela hufvudet och ansiktet voro rodnade och svullna. Ej alb. A. 38,5°. Ord. Vaselin. 20/10. M. 37,7°, a. 37,8°, sedan feberfri.

43. A. L. 14-årig flicka. Int. 19/10 93, utskr. 23/10. Stark snufva; samma dag, pat. intogs, började under frysningar näsan svullna och rodna, och voro vid intagandet näsan och kinderna i trakten däromkring betydligt rodnade och svullna. Ej alb. Feberfri. Ord. Vaselin. 23/10. All rodnad försvunnen.

44. J. S 35-årig m. Int. 6/11 93, utskr. 15/11. Sjuknade 5/11 med frysning, rodnad i ansiktet och ömhet, hastigt spridande sig till hela ansiktet, som vid inkomsten var rodnadt, ömt och svullet. Ej alb. Temp. a. 40°. Ord. Vaselin, Ch. 0,50, Konjak. 7/11. M. 38,8°, a. 39,3°. 8/11. M. 38°, a. 384°. 9/11. M. 375°, a. 38,2°. 10/11. M. 37,8°, a. 38.5°. 11/11. M 37,8°, a. 38,2°. 12/11. M. feberfri. Processen spred sig ej vidare.

45. O. B. 53-årig m. Int. 16/11, död 22/11. Sjuknade 14/11, från sårnader i nacken med ömhet och rodnad där, som spred sig snabbt framåt halsen under feber och delirier. Vid inkomsten hals, capillitium och nacke rodnade och svullna, delirier. Måttl. alb. A. 39°. Svag hjärtverksamhet. Ord. Digitalis, Vaselin, Kloral. 17/11. M. 38,6°, a. 39°. 18/11. Processen har spridt sig framåt v. tinningen. M. 37,8°, a. 38,6°. 19/11. M. 37,6°, a. 38°. 20/11. Processen har spridt sig framåt ansiktet. Ständiga delirier, rassel baktill nedtill å h. lunga. Puls 110. M. 37,6°, a. 37,8°. 21/11. M. 38,3°, a. 38,8°. 22/11 Koma, död. Sektionen visade en bronkopneumoni i h. lungan jämte höggradig hjärtdegeneration samt meningealhyperämi och en pacchymeningitis ext. chron.

46. J. P. 50-årig qv. Int. 9/11 93, utskr. 22/11. Sjuknade 4/11 med frysningar, rodnad och svullnad af ansiktet, utgående från ögonen, där hon sedan 1 år haft blepharadenitis. Vid inkomsten ansiktet rodnadt och svullet. Måttl. alb. A. 37,8°. Ord. Vaselin, tannas natr. 10/11. M. 38°, a. 38,4°. 11/11. M. 37,5°, a. 38,3°. 12/11. M. 37,7°, a. 38°. 13/11. M. 38°, a. 38,1°. 14/11 feberfri, ägghvitefri.

47. A. J. 23-årig qv. Int. 15/11 93, utskr. 25/11. Sjuknade 14/11 med frysning, rodnad å näsan, där hon ej haft sår. Bredde ut sig något, så att vid inkomsten näsan och h. kind voro rodnade och svullna. Ej alb. A. 38°. Ord. Vaselin. 16/11 M. 37°, a. 39,7°. Processen bredde ut sig till parotistrakten. 17/11. M. 38°, a. 38,1°. 18/11 feberfri.

48. J. A. 47-årig m. Int. 18/11 93, utskr. 28/11. Sjuk på samma sätt för många år sedan. Sjuknade 14/11 med frysningar, snufva, rodnad å näsan, som spridde sig, så att vid inkomsten större delen af ansiktet utom pannan voro rodnade och svullna. Ej alb. A. 39,2°. Ord. Vaselin, Antipyrin. 19/11. M. 38,4°, a. 38,8°. 20/11 M. 38,2°, a. 39,2°, 21/11. M. 37,2°, a. 40,1°. 22/11 feberfri. Processen hade ej bredt ut sig.

49. A B. 33-årig m. Int. 27/11 93. utskr. 4/12. Sjuknade 25/11 utan frysningar men med feber, svullnad och rodnad kring v. ögat, som småningom spriddes, så att vid inkomsten v. ansiktshalfvan var rodnad och svullen. Ej alb A. 38,6°. Ord. Vaselin. 28/11 feberfri.

50. G. L. 20-årig m. Int. 23/11 93, utskr. 9/12. Sjuknade 19/11 med frysning och feber, på morgonen 20/11 märkte han, att näsan började svullna jämte ansiktet i dess närhet. Vid inkomsten ansiktet rodnadt och svullet. Måttl. alb. A. 41°. Ord. Vaselin, konjak. 24/11. M. 40,5°, a. 41°. 25/11. M. 40,1°, a. 40,5°, processen ej utbredd. 26/11. Klagar öfver svår hufvud-

värk, ej rodnad där, ansiktet betydl. fbdt. M. 39,6°, a. 38,8° 27/11. Spred sig nedåt rygg och nacke. M. 38,4°, a. 40,5°. 28/11. M. 38°, a. 40,6°. Ch. 0,50. 29/11. M. 36,6°. a. 40,6°. 30/11. Ryggen bättre. Processen har spridt sig nedåt armarna. M. 38°, a. 38,4°. 1/12. M. 38°, a. 40°. 2/12, M. 37,1°, a. 38,1°. 3/12. M. 38,2°, sedan feberfri.

51. C. A. J. 36-årig m. Int. 24/11 93, död 13/12. Sjuknade 21/11 med frysning, rodnad och svullnad å v. öfverläppen, som spred sig, så att vid inkomsten hela ansiktet rodnadt, hufvudsvålen fri. Alb. spårvis. A. 40,3°. Ord. Vaselin. 25/11 M. 40,2°, a. 40,6°. 26/11. Ansiktet betydl. fbdt. M. 40,1°, a. 40,1°. 27/11. M. 37,5°, a. 39,2°. 28/11. M. 38,5°, a. 39,2°. 29/11. Processen börjar sprida sig nedåt ryggen. Ord. Ch. 0,50. M. 40°, a. 40,6°. Processen spred sig därefter trots alla försök att hejda den med jodpensling och sublimatlanolin öfver hela kroppen ända ned till fingrar och tår under varierande temperatur mellan 39°—40°. Sista dagarne häftigt diarré, systol. blåsljud. Sektionen visade en abscess bakom sternum, blödningar i pleura och pericardium, men för öfrigt endast parenkymatös degeneration.

52. A. A. 61-årig m. Int. 6/12 93, utskr. 14/12 93 Sjuknade 3/12. Haft sår i näsan och snufva ett par månader. Från näsan spred sig rodnaden, så att vid inkomsten näsan och ansiktets nedre del voro angripna, under sjukhusvistelsen spridning till örat. Ej alb. A. 40,1°. Ord. Vaselin. 7/12. M. 38°, a. 38,6°. 8/12. M 38,5°, a. 39,1°. 9/12. M. 38,4°, a. 38,2°, sedan feberfri.

53. W. D. 17-årig m. Int 22/11, utskr. 16/12. Sjuknade 19/11 med frysningar, 20/11 rodnad och svullnad i ansiktet. Vid inkomsten endast ansiktet svullet med bullæ. Tuberculosis pulm. Ej alb. A. 39,2°. Ord. Vaselin. 23/11. M. 39,2°, a. 40°. 24/11. M. 38,4°, a. 40,1°. 25/11 feberfri. Processen utbreddes ej vidare.

54. J. A. S. 47-årig m. Int. 26/11 93, utskr. 18/12. Sjuknade 22/11 med frysningar och rodnad af näsan, där han haft snufva och sår. Processen spred sig, så att vid inkomsten hela ansiktet var rodnadt och svullet. Starka delirier. Bullæ. Alb. A. 38,2°. Ord. Vaselin, Ch. 0,50. 27/11. M. 40°, a. 41°. 28/11. M. 38,8°, a. 39,2°. 29/11. M. 39,2°, a. 39,7°. 30/11. M. 38°, a. 38,1°. 1/12. M. 38,1°, a. 38,1°. 2/12 feberfri. Blödningar i de angripna partierna, så att de liknade gangrenerande partier; läktes dock utan ärrbildning.

Af dessa 58 fall kunna för en jämnförelse dock endast 47 användas, då döden inträffade i 5 fall (11, 13, 20, 45, 51), varbildning i 4 (2, 18, 22, 33), vidare i 1 af dessa (51) jämte

1 annat (32) en blandad behandling användes, hvarjämte slutligen i 1 (43) aldrig någon feber uppträdde och processen förblef inskränkt till näsan och närmaste omgifning utan att vidare breda ut sig.

Feberfrihet inträdde i dessa 47 fall, räknadt från behandlingens början, inom 1 dygn i 6 (6, 7, 23, 31, 35, 49), inom 2 dygn i 7 (4, 8, recidiv 27, 28, 38, 39, 42), inom 3 dygn i 6 (15, 17, 24, 40, 47, 53), inom 4 dygn i 11 (1, 5, 12, 14, 27, 29, recidiv 29 b, 34, recidiv 39, 48, 52), inom 5 dygn i 5 (3, 10, 36, 41, 46), inom 6 dygn i 8 (9, 16, 19, 20, 25, 26, 44, 54), inom 7 dygn i 2 (21, 37), inom 8 dygn i 1 (recidiv 39), inom 10 dygn i 1 (50).

Trots behandlingen spred sig processen vidare i 13 fall (9, 20, 21, 25, 26, 32, 36, 37, 39, 41, 47, 50, 52), samt i 2 dödligt förlöpande fall (45, 51). Feberfrihet inträdde i de förstnämnda efter afdrag af 1 fall (32) med blandad behandling från behandlingens början räknadt inom resp. 2 (39), 3 (47), 4 (52), 5 (36, 41), 6 (9, 20, 25, 26), 7 (21, 37) och 10 dygn (50).

Febern fortfor, räknadt från behandlingens början, när patienterna omedelbart kommo under behandling (1, 8, 12, 17, 34, 36, 39, recidiv 39) resp. 2 (8, 39), 3 (17), 4 (1, 12, 34, recidiv 39) och 5 dygn (36); när 1 dygn förflutit, innan behandlingen började (16, 20, 26, recidiv 27, recidiv 29, recidiv 39, 40, 44, 47) resp. 2 (recidiv 27), 3 (40, 47), 4 (recidiv 29), 6 (16, 20, 26, 44) och 8 dygn (recidiv 39); när 2 dagar förflutit (3, 4, 5, 9, 15, 49) resp. 1 (49), 2 (4), 3 (15), 4 (5), 5 (3) och 6 dygn (9), när 3 dagar förflutit (29, 35, 41, 52, 53) resp. 1 (35), 3 (53), 4 (29, 52) och 5 (41) dygn; när 4 dygn förflutit (6, 7, 14, 27, 28, 48, 50, 54) resp. 1 (6, 7), 2 (28), 4 (14, 27, 48), 6 (54) och 10 dygn (50); när 5 dygn förflutit (37, 46) resp 5 (46) och 7 (37) dygn; när 6 dagar förflutit (19, 24, 25) resp 3 (24) och 6 dygn (19, 25); när 7 dygn förflutit (10, 21, 23) resp. 1 (23), 5 (10) och 7 (21) dygn; när 8 dagar förflutit (31, 42) resp. 1 (31) och 2 dygn (42) samt när 12 dygn förflutit (35) 2 dygn.

Dödsfallen hafva varit jämnförelsevis talrika. Att detta dock ej borde kunna läggas metoden till last, torde en granskning af fallen visa. I fall 11 fanns en höggradig gummatös lefvercirrhos

jämte betydlig hjärtdegeneration hos en scorta, i fall 13 kronisk skrumpnjure och akut pneumoni jämte betydlig arteriosskleros, hvartill kommer, att i detta fall den erysipelatösa processen visade en betydlig förbättring; i fall 30 en akut nefrit jämte hjärtdegeneration, i fall 45 en bronkopneumoni jämte höggradig hjärtdegeneration och meningealhyperämi. I alla dessa fall har döden sålunda inträdt på grund af komplikationer eller hos personer, som förut haft ett betydligt förändradt och kraftlöst hjärta; förändringarne här äro nämligen för höggradiga för att kunna sättas i direkt samband med den allmänna infektionen i de resp. fallen. Endast i fall 51 inträdde döden på grund af den svåra allmäninfektionen hos en förut kraftig individ, men i detta fall visade sig behandlingen med sublimatlanolin och jodpensling lika overksam som vaselinbehandlingen, och utgången kan därför ej läggas medlet till last

II.

En hastig jämnförelse mellan de för hvarje grupp anförda siffrorna torde redan den visa, att resultaten vid behandlingen med vaselin ej äro sämre än de vid öfriga behandlingsmetoder vunna resultaten. Den dagliga erfarenheten å Sahlgrenska sjukhuset har äfven endast befäst mig i denna uppfattning. En närmare granskning af siffrorna och fallen torde dock vara nödvändig för att öfvertygande visa denna erfarenhets riktighet.

Vid den erysipelatösa processen har man att räkna med allmäninfektionen, hvars uttryck som regel den förhandenvarande temperaturstegringen torde kunna anses vara — äfven om möjligen i ett och annat fall den individuela dispositionen därvid spelar en viss rol, i det hos en individ lättare en sådan temperaturstegring uppträder än hos en annan af samma orsak —, vidare med den lokala processen och slutligen med komplikationerna.

Det torde därför vara lämpligt att granska dessa moments förhållande vid de olika behandlingsmetoderna.

Allmäninfektionens förhållande vid de olika behandlingsmetoderna.

Såsom allmänt uttryck för densamma hafva vi, såsom redan nämnts, febern. Granskas fallen i detta hänseende, med afseende på *feberns duration*, anges resultatet af efterföljande tabell. För att vinna fullt jämnförbara värden hafva i densamma endast upptagits sådana fall, i hvilka behandlingen konseqvent genomförts med ett enda medel, medan återigen de fall uteslutits, i hvilka en blandad behandling med två eller flere medel, det ena efter det andra, genomförts, vidare de, i hvilka komplikationer i form af flegmonösa processer eller andra förändringar uppstått, som kunnat gifva anledning till feberstegringen, samt slutligen de, i hvilka under pågående erysipelatös process döden inträffat. Däremot finnas i densamma upptagna de fall, i hvilka processen trots behandling utbredt sig vidare. Dessutom har jag här ej medräknat de under B omnämnda 3 fallen på grund af deras ringa antal. På så sätt kunna 156 af de anförda fallen jämnföras sinsemellan, och vi finna, att i dessa feberfrihet inträdt inom följande tidrymd.

(se tabellen sid. 65).

Af denna tabell framgår, att icke mindre än 144 eller öfver 90 % af de behandlade fallen varit afslutade inom 6 dagar i så måtto, att febern upphört, och att 108 eller öfver 68 % varit feberfria inom 4 dagar. Särskildt visar tabellen, att hvad de med blyvatten, ichthyol och sublimat behandlade fallen beträffar feberfrihet inträdt inom 4 dagar i resp. 76, 75 och 71 % af fallen, medan vid behandling med jod feberfrihet inträdde efter 4 dagar i 66 % och efter 5 dagar i 86 % samt vid sådan med vaselin efter 4 dagar i 64 % och efter 5 dagar i 74,5 %. Resultatet tyckes vara något sämre vid vaselinbehandlingen, men den vidare granskningen torde visa, att denna underlägsenhet är mera skenbar än verklig.

Bland de anförda fallen finnas sådana, som fordrat längre tid, innan temperaturen återgått till norm, men dessa utgöras nästan utan undantag af fall, i hvilka trots påbörjad behandling

Efter dagar	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		17		26	
	Antal fall.	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%
Blyvatten	4	14	5	17	7	24	6	21	3	10	1	3.5	—	—	—	—	2	7	—	—	1	3.5	—	—	—	—
Jodpensling . .	8	16	9	18	11	22	5	10	10	20	4	8	—	—	1	2	—	—	2	4	—	—	—	—	—	—
Ichthyolvaselin	1	6	2	12,5	5	31	4	25	—	—	2	12,5	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	1	6	—	—
Sublimatlanolin	2	14	1	7	4	28,5	3	21.5	1	7	2	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7
Vaselin	6	13	7	15	6	13	11	23	5	10,5	8	17	2	4	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—
	21	13,5	24	15.5	33	21	29	18.5	19	12	17	11	2	1,3	2	1,3	2	1.3	4	2.5	1	0,66	1	0.66	1	0.66

processen spridt sig till angränsande delar eller större områden af kroppen och därigenom en förlängning af febern åstadkommits. Frånbragas alla dessa fall, finna vi, att feberfrihet inträdde på följande sätt.

Efter dagar	1		2		3		4		5		6		8		9		10	
	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%	Antal fall	%
Blyvatten	4	20	3	15	5	25	5	25	1	5	1	5	—	—	1	5	—	—
Jodpensling . . .	7	16	9	20,5	11	25	5	11	8	18	2	5	—	—	—	—	2	5
Ichthyolvaselin . .	1	9	2	18	5	45,5	3	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sublimatlanolin . .	2	16,5	—	—	4	33	3	25	1	8,5	2	16,5	—	—	—	—	—	—
Vaselin	6	17	6	17	5	14	10	28,5	3	8,5	4	11,5	1	3	—	—	—	—
	20	16	20	16	30	24,5	26	21	13	10,5	9	7,5	1	0,75	1	0,75	2	1,5

Ännu tydligare framgår af denna tabell, huru likformigt i allmänhet processen förlupit i de anförda fallen. Feberfrihet har vid icke ambulanta processer inträdt inom 4 dagar i alla med ichthyol behandlade fall, i omkring 85 % af de med blyvatten behandlade, i omkring 73, 75 och 77 % vid behandling med jodpensling, sublimatlanolin och vaselin.

Denna tabell visar dock, att, utan att en spridning finnes omnämnd, i ett och annat fall feberfrihet inträdt först efter längre tids förlopp än 4 dagar. En närmare granskning af dem visar emellertid, att för det stora flertalet särskilda omständigheter kunna förklara detta förhållande:

Bland de med blyvatten behandlade fallen varade febern i ett 5, i ett 6 och i ett 9 dagar från behandlingens början, utan att uppgift om någon spridning af processen finnes i journalen. I fråga om det första synes det mig dock icke osannolikt, att trots frånvaron af en sådan notis en spridning verkligen egt rum, då temperaturen ännu 2 dagar, innan feberfrihet inträdde, nådde upp till 40,6°, i det andra inträdde feberfrihet redan efter 2 dagars behandling, ehuruväl 3 dagar senare utan anledning en lindrig temperaturstegring ånyo inträdde under 1 dygn; detta fall borde därför kanske rättast räknas till dem, i hvilka feberfrihet inträdde efter 2 dagars behandling. Hvad slutligen det tredje fallet beträffar, så synes det mig ej osannolikt, att här ett recidiv eller kanske en exacerbation inträffat, i det pat. redan efter 4 dagars behandling var feberfri under ett dygn, men på 5:te fick en ny feberstegring af visserligen lindrig art, men dock räckande 4 dagar med feberfrihet på morgonen och lindrig aftonstegring till högst 39°.

Vid jodpensling måste behandlingen fortsättas under 5 dygn i 8 fall; i 3 af dessa har sannolikt på grund af temperaturens förhållande en spridning egt rum, och i andra 3 fall var temperaturen ovanligt hög, närmare 41°, och dessa fall således synnerligen svåra; slutligen gick i ett fall sista dagens temperaturstegring upp till endast 37,9°, den lokala processen var här alltså redan så godt som afslutad efter 4 dygn. Under 6 och 10 dygn fortsattes behandlingen i 3 fall; i det första af dessa var emellertid infektionen mycket svår, temperaturen nådde 40,6°, hvarjämte febern sista dygnet nådde upp till endast 37,9°, det

andra, ett recidiv under sjukhusvistelsen, borde kanske rättast räknas till dem, som blefvo feberfria redan efter 3 dygns behandling, då pat. insjuknade $^{28}/_{12}$, blef feberfri $^{31}/_{12}$, men ånyo utan anledning fick feber $^{4}/_{1}$ och $^{5}/_{1}$; i det tredje åter var temperaturen normal efter 7 dygns behandling, men på 8:de och 9:de dagen uppträdde en lindrig stegring upp till 37,8°; någon spridning af processen i detta fall omnämnes ej, men synes mig ej osannolik.

I de med sublimatlanolin behandlade fallen qvarstod febern endast i 1 under 5 dagar, och i 2 under 6 dagar. I det första af dessa fall var dock pat. feberfri redan efter 3 dagars behandling, men visade å 4:de dagen en lindrig feberstegring upp till 38,2° på qvällen; i det andra fallet var pat. likaledes feberfri efter 2 dagars behandling, men en lindrig stegring till 38,2° inträdde på 5:te dagen; i det tredje var infektionen särdeles svår med feber upp till 40,8°.

Hvad slutligen de med vaselin behandlade fallen beträffar, så inträdde feberfrihet efter 5 dagar i 3 fall (3, 10, 46), efter 6 i 4 (16, 19, 44, 54) och efter 8 i 1 (recidiv 39). Af dessa var dock pat. i fall 3 feberfri redan efter 2 dagars förlopp, men visade en lindrig stegring upp till 38,5° på 4:de dagen, i fall 10 var infektionen häftig med en temperatur upp till 40,6°, i fall 46 nådde temperaturen de sista dagarna endast 38,1°, i fall 16 egde samma förhållande rum, i fall 19 var den lokala processen betydligt förbättrad och pat. feberfri redan på 4:de dagen efter behandlingens början, men de 2 följande dagarna uppträdde lindriga qvällstegringar, medan morgontemperaturen var normal, i fall 44 finnes ej någon förklaring för processens utdragna natur, i fall 54 var processen mycket intensiv med temperatur upp till 41° och intensiva hudblödningar. Hvad slutligen recidivet i fall 39 beträffar, torde det utdragna förloppet bero på, att ett nytt recidiv eller exacerbation inträffade, sedan pat. blifvit nästan feberfri.

I allmänhet torde af denna granskning framgå, att särskilda omständigheter gifvit anledning till det utdragna förloppet, i det i några af fallen processen redan förr kan anses vara afslutad, i andra sannolikt en spridning af processen egt rum, i ännu andra processen varit mycket intensiv, sistnämnda mo-

ment dock under all reservation, då, såsom jag längre fram skall visa, allmäninfektionens beskaffenhet ej står i något konstant förhållande till den lokala processens utbredning och duration.

I det stora flertalet fall, där processen ej utbredt sig vidare, finna vi emellertid af sistnämnda tabell, att feberfrihet inträffat inom 4 dagar tämligen oberoende af hvilken behandlingsmetod, som användts. Undantagen äro sparsamma, och den nämnda tabellen synes mig tala för, att intet af de använda medlen visat sig utöfva något särskildt framträdande gynnsamt inflytande och att särskildt vaselinbehandlingen ej är underlägsen de öfriga i nu pröfvade hänseende.

Feberfrihetens inträde i de fall, som omedelbart kommit under behandling, visar ej någon öfverlägsenhet hos det ena eller andra medlet. Fall med blandad behandling och flegmonösa processer hafva uteslutits. Af sådana fall hafva 5 behandlats med blyvatten, däraf 2 recidiv, och i dessa inträdde feberfrihet i 1 fall efter 2, i 2 (däraf ett recidiv) efter 3, i 1 (ett recidiv) efter 4 dagar, medan i ett döden inträdde (pat. led af kronisk nefrit).

12 hafva behandlats med jodpensling, däraf 5 recidiv; i 2 af dessa inträdde feberfrihet efter 1 dygn, i 1 efter 2, i 4 efter 3, i 1 efter 4, i 2 efter 5, i 1 efter 8, och i 1 efter 10 dygn.

En patient behandlades med ichthyolvaselin (ett recidiv) och blef feberfri efter 3 dygn.

1 med sublimatlanolin med feberfrihet efter 3 dygn.

10 hafva behandlats med vaselin, däraf 1 recidiv. I ett af dessa, där processen var inskränkt till näsan, och i hvilket den kliniska bilden fullt öfverensstämde med den vanliga erysipelatösa (43), uppträdde aldrig någon feber, i 2 inträdde feberfrihet efter 2 dagars behandling, i 1 efter 3, i 4 efter 4, i 1 efter 5 och i 1 afled pat. (11). Han led af en höggradig gummatös lefvercirrhos.

Äfven i detta hänseende styrka de funna talen den uppfattningen, att vaselinbehandlingen ger lika gynnsamma resultat, som öfriga behandlingsmetoder. Siffrorna äro dock väl fåtaliga för att däraf draga några bestämda slutsatser.

Den lokala processens förhållande.

Det synbara uttrycket för infektionen är den lokala rodnaden och svullnaden å en eller annan kroppsdel, som uppträder en eller annan dag efter eller samtidigt med det, att de allmänna symptomen göra sig gällande. Att från denna lokala process den allmänna infektionen utgår, i det härifrån de giftiga ämnen, som framkalla allmänsymptomen, resorberas, förefaller a priori mycket sannolikt. En sådan uppfattning ligger också till grund för de flesta behandlingsmetoder, i det alla gå ut på att hejda processens vidare utbredning antingen genom att döda bakterierna eller genom att göra jordmånen olämplig för deras vidare tillväxt. Den ofvan vunna erfarenheten särskildt i fråga om sublimatlanolinet, som genom experimentela undersökningar visat sig vara fullt lika kraftigt bakteriedödande som nämnda ämnes vattenlösning, synes mig i viss mån tala mot att en direkt verkan på bakterierna eger rum.

Ett uttryck för de nämnda medlens inverkan på jordmånen hafva vi i den större eller mindre spridning, processen fått vid användandet af de olika medlen. Särskildt förtjäna därvid de fall, i hvilka processen trots påbörjad behandling spridt sig, uppmärksamt studium, då en bestämd öfverlägsenhet hos ett medel i detta hänseende afgjordt skulle tala för dettas användande framför andra. Af särskildt intresse är äfven att jämnföra processens utbredning i de fall, som omedelbart kommit under behandling efter dess början (recidiv och andra fall), och dem, i hvilka 1— flere dagar förflutit, då såsom jag nämnt en möjlighet förefinnes, att genom längre tids duration af processen, innan behandling påbörjats, densammas intensitet kan ökas och den mindre lätt påverkas. Om i de förra ett af de använda medlen visar en mindre utbredning hos fallen i genomsnitt än de öfriga, skulle äfven detta otvifvelaktigt tala till förmån för detta medel.

Bland de anförda *fallen med ambulans* har jag medräknat dem, i hvilka exitus letalis inträffat, och dem, i hvilka flegmonösa processer utbildats, då, såsom jag senare skall visa, denna komplikation ej tyckes ega något samband med eller betydelse för

processens spridning. Fallen med blandad behandling hafva åter uteslutits.

Såsom särskilda fall hafva äfven recidiven räknats.

Följande tabell visar då antalet fall, i hvilka processen efter påbörjad behandling med ett af nedannämnda medel spridt sig vidare.

	Behandlade fall	Ambulanta	% ambulanta
Blyvatten	36	9	25
Jodpensling	57	6	10,5
Ichthyolvaselin	20	7	35
Sublimatlanolin	16	2	12,5
Vaselin	57	14	24,5
	186	38	20,5

Vid en första anblick af dessa siffror tyckas de onekligen tala för en viss öfverlägsenhet hos jodpenslingen och sublimatlanolinet vid jämnförelse med de öfriga medlen, bland hvilka resultatet är sämst vid ichthyolbehandlingen.

En viss försiktighet torde dock vara rättast att iakttaga, och en närmare granskning torde visa, att en sådan slutsats ej är fullt hållbar. A priori vore det egendomligt, om jodpenslingen bättre än öfriga medel kunde hejda processens fortskridande, då, såsom förut i fråga om feberns duration visats, febern i genomsnitt varat lika länge i de med detta medel behandlade fallen som i de med öfriga medel behandlade. Förmådde medlet verkligen bättre än de andra hejda processens fortskridande, borde äfven febern i genomsnitt vara kortare tid. Samma verkan, som medlet har i omgifningen, borde man hafva rätt vänta äfven å redan angripna partier. Tillfredsställande förklaras denna motsägelse af det förut omnämnda förhållandet, att sannolikt ambulans af processen egt rum i flere fall, där anteckning därom saknas; i ju flere fall sådant underlåtits, desto ogynnsammare måste medlets verkan vis à vis feberns duration i genomsnitt blifva, desto gynnsammare åter resultatet blifva i föreliggande fråga. En ytterligare anledning att betvifla jodpenslingens öfverlägsenhet finner jag däri, att, där det verkligen gällt att hejda processen, där har jodpenslingen lika litet som andra medel förmått åstadkomma detta. Så för att blott nämna några exempel: i ett fall, i hvilket processen först efter 11 dagars pensling af-

stannade, detta sannolikt post ej propter densamma, i fall 32 af de med vaselin behandlade, i hvilket trots intensiv jodpensling i periferien processen oupphörligt grep vidare omkring sig, och i fall 51, där samma förhållande egde rum både vid användning af sublimatlanolin och jodpensling.

Det gynnsamma resultatet vid behandling med sublimatlanolin bör äfven upptagas med försiktighet; det är endast ett relativt ringa antal fall, som behandlats med detta medel, och ett ambulerande mer eller mindre kan härvid högst väsentligt inverka på procenttalets storlek. Kanske äfven häri förklaringen till det ogynnsamma resultatet vid användning af ichthyol kan sökas, då detta onekligen är anmärkningsvärdt, om man betänker de gynnsamma resultat, andra erhållit med detta medel.

En granskning af spridningens storlek torde äfven visa, att det ena medlets öfverlägsenhet, det andras underlägsenhet är mera skenbar än verklig. Såsom ambulanta har jag nämligen upptagit alla fall, i hvilka äfven den minsta spridning egt rum efter påbörjad behandling. Efter afdrag af 1 med blyvatten behandladt fall, i hvilket spridningens storlek ej finnes bestämdt angifven, finna vi, att spridningen varit obetydlig och inskränkt till det vid inkomsten angripna områdets närmaste omgifning i 14 fall (4 med blyvatten, 2 med jodpensling, 2 med ichthyolvaselin, 6 (9, 20, 25, 37, 47, 52) med vaselin behandlade), något större än endast processens närmaste omgifning i 15 fall (3 med blyvatten, 3 med jodpensling, 2 med ichthyolvaselin, 1 med sublimatlanolin och 6 (11, 26, 36, 39, 41, 45) med vaselin behandlade) samt sträckande sig öfver stor eller större delen af kroppsytan i 7 fall (1 med blyvatten, 1 med jodpensling, 2 med ichthyolvaselin, 1 med sublimatlanolin och 2 (21, 50) med vaselin behandlade).

Eller med andra ord, spridningen har i antalet behandlade fall varit:

vid blyvattenbeh.	obet.	i 11 %	något	större	i 8,5%	o. bet.	i 3 %
» jodpensling	»	i 3,5%	»	»	i 5 %	»	»	i 1,8%
» ichthyolvaselin	»	i 10 %	»	»	i 10 %	»	»	i 15 %
» sublimatlanolin	»	i 0 %	»	»	i 6 %	»	»	i 6 %
» vaselin	»	i 10,5%	»	»	i 10,5%	»	»	i 3,5%

Siffrorna äro för små för att kunna göra anspråk på exakt värde, men de torde dock visa, att resultatet vid vaselinbehand-

lingen ej är särskildt underlägset det vid öfriga behandlingsmetoder erhållna; de afvikande siffrorna kunna mycket väl bero på tillfälligheter: höggradig spridning af processen finna vi äfven vid alla andra behandlingsmetoder, särskildt äfven vid jodpensling och sublimatbehandling.

Jag har i det föregående ej omnämnt de fall, i hvilka en blandad behandling med först ett, sedan ett annat medel egt rum. Det kunde eljest tyckas, som om just dessa fall vore lämpade att afgöra frågan, huruvida det ena eller andra medlet vore öfverlägset det andra vid hejdandet af processen. Men processen eger en viss inneboende tendens till frivillig begränsning efter någon tids förlopp, — så afstannade den t. ex i ett fall, där pat. insjuknade i en nosokomialerysipelas, redan inom de närmaste dagarne, utan att underkastas någon särskild mot densamma riktad behandling, — och de vunna resultaten äro därför ej bevisande, då ju möjlighet föreligger, att, sedan en tid förflutit under behandling med ett medel, det hastiga afstannandet af processen vid användning af det nya medlet äfven kunde hafva inträffat spontant.

För fullständighetens skull må dock nämnas några ord om dessa fall. I ett fall behandlades pat under 6 dagar med ichthyolvaselin, och, då processen oupphörligt utbredde sig, därefter med jodpensling med feberfrihet först efter ytterligare 6 dagar. I 2 fall, först behandlade med vaselin (32, 51), användes vaselin först 4 dagar, därpå sublimatlanolin och jodpensling under ytterligare 7 resp. 14 dagar.

Af särskild betydelse är, som förut nämnts, för bedömandet af behandlingens verkan äfven i nu ifrågavarande hänseende de fall, som kommit under behandling genast. Af 6 med blyvatten behandlade fall, de i hvilka sedan annat medel användes medräknade, spred sig processen vidare i 2, i det ena dock endast obetydligt, i det andra, där vid behandlingens början ena kinden var angripen, till halsen och andra sidans kind, af 12 med jodpensling behandlade i 1 fall, äfven här dock endast från ena sidan af ansiktet till den andra, i 1 fall, behandladt under 6 dagar med ichthyol, därpå lika lång tid med jodpensling, spred sig processen öfver större delen af kroppen, i 1 med ichthyol och 1 med sublimat behandladt fall egde ingen sprid-

ning rum, i 10 med vaselin behandlade gick processen vidare i 2 (36, 39), i det första dock endast till halsen, i det andra, i hvilket näsan och dess omgifning var angripen, till hela ansiktet.

Fallen hafva endast anförts för fullständighetens skull, då de äro för få för att kunna anses bevisande. De tala dock ej för någon underlägsenhet hos vaselinbehandlingen vis à vis öfriga medel.

Komplikationerna vid olika behandlingsmetoder.

Komplikationerna hafva varit jämnförelsevis sällsynta. Deras sammanhang med den ursprungliga processen kan ej utan noggrann bakteriologisk undersökning med säkerhet bestämmas, då de kunna bero såväl på erysipelaskockerna som på en ny infektion med andra kocker. Då sådana ej utförts här, kan naturligtvis ej heller något med bestämdhet afgöras med afseende på behandlingens betydelse för dessas uppkomst eller förhindrande. Endast så mycket torde kunna slutas af dem, att ett afgjordt oftare uppträdande af en eller annan komplikation vid en behandlingsmetod skulle tala till nackdel för detta medel, framförallt ifall detsamma äfven i öfriga hänseenden visade sig underlägset öfriga använda.

Oftast hafva såsom komplikationer tillstött flegmonösa processer. Af 25 fall utan behandling uppstod varbildning i 1 eller 4 %, af 35 fall (de med blandad behandling ej medräknade) med blyvattenbehandling i 3 eller 8,5 %, af 56 fall med jodbehandling i 4 eller 7 %, af 20 fall med ichthyolbehandling i 4 eller 20 %, i 15 fall med sublimatbehandling i 1 eller 7 %, af 59 fall med vaselinbehandling i 4 eller 7 %.

Siffrorna är ogynnsammast för de med ichthyol behandlade fallen; i fråga om de öfriga äro de nära nog identiska, bäst är resultatet i icke behandlade fall, en följd af att dessa fall måste hafva varit lindriga, då pat. ej sökt behandling.

Af andra komplikationer har gangren uppträdt i 1 med blyvatten och 2 med vaselin behandlade fall, en pneumoni i 1 med jodpensling, 1 med ichthyol och 2 med vaselin behandlade, en parotit i 1 med jodpensling behandladt. Meningit har aldrig observerats, om också någon enstaka gång tecken till meningealretning förefunnits.

Sammanfattar jag resultatet af dessa jämnförelser, framgår följande:

1) *Vid vaselinbehandlingen af erysipelatösa processer är feberns duration efter behandlingens början densamma som vid behandling med öfriga här använda medel: blyvatten, jodpensling, ichthyolvaselin och sublimatlanolin.*

2) *Vid vaselinbehandling är antalet fall med spridning af processen ungefär detsamma som vid öfriga behandlingsmetoder. Ingen af dessa förmår med säkerhet att hejda processen; vid alla har processen i enstaka fall utbredt sig till så godt som hela kroppsytan.*

3) *Vid vaselinbehandlingen hafva komplikationerna, särskildt de flegmoösa processerna, ej uppträdt oftare än vid öfriga här använda behandlingsmetoder.*

4) *Vaselinbehandlingen torde därför vara fullt lika verksam som behandlingen med öfriga pröfvade medel, och därför vara att föredraga, då den är fri från alla obehagliga biverkningar i form af sveda och obehaglig lukt, samt då därjämte fara för intoxikation ej finnes vid densamma. Af betydelse är äfven vaselinets billiga pris,* som i synnerhet vid behandlandet af större antal patienter är af afsevärd betydelse.

Detta resultat är onekligen anmärkningsvärdt. Någon specifik inverkan på erysipelaskockerna kan man ej tillskrifva vaselinet, då det ej eger några som helst antiseptiska egenskaper. Teorien om utestängandet af luftens syre hör till de ohållbara och numera allmänt öfvergifna. Möjligen kunde man såsom förklaring gripa till Kolaczeks förklaring af de gynnsamma resultat, han erhållit vid täckandet af det angripna området med gummipapper (Centralbl. f. Chirurgie 1893. p. 601). Enligt K. skulle nämligen genom en retention af perspirationsprodukter från huden å det täckta, angripna området, såsom giftiga perspirationsgaser, fett och svett, samt möjligen genom qvarhållande af flyktiga ptomainer en deletär inverkan utöfvas på erysipelaskockerna. Man känner emellertid ej ännu något om dessa perspirationsprodukters inverkan på bakterier. Härtill kommer, att cirkulationen ej är upphäfd i det angripna området, utan snarare är lifligare än under normala förhållanden. Sannolikheten för en dylik retention i huden synes mig under sådana

förhållanden vara ganska ringa; ty kunna dessa perspirationsprodukter intränga i lymfbanorna och utöfva någon inverkan på de i dem belägna kockerna, böra de äfven genom just dessa lymfbanor kunna aflägsnas, och första villkoret för att en anhopning af produkterna skall kunna ega rum, nämligen att de ej kunna aflägsnas, finnes därför icke. Äfven denna hypotes synes mig därför ej vara sannolik. Däremot torde möjligen det lindriga trycket genom bindorna kunna ega någon betydelse; större sådan har den icke, då kompressionen alltid varit af jämnförelsevis lindrig art och säkerligen ej tillräcklig att åstadkomma en fullständig kompression af lymfbanorna.

Man tvingas under sådana förhållanden nästan till antagandet, att hittills kända yttre medel i form af omslag, salvor, spray etc. föga inverka på den erysipelatösa processen, och att denna, oberoende af hvad medel man använder, går sin gilla gång, allt efter de i det särskilda fallet förhandenvarande kockernas större eller mindre virulens och andra egenskaper och den individuela dispositionen hos den angripna individen. Jag har i det föregående ej fästat afseende vid den kirurgiska behandlingen af erysipelas i form af injektioner och skarifikationer. Dessa tyckas onekligen gifva bättre resultat, men metoderna härvidlag äro, såsom jag förut påpekat, i och för sig så smärtsamma, att de fordra narkos, och de qvarlemna dessutom ofta svåra ärr; deras användande i det stora flertalet fall torde därför ej vara möjlig att genomföra. I privatpraktiken torde i hvarje händelse dessa metoder ej kunna användas annat än i sällsynta undantagsfall, och man får gripa till något af öfriga, mindre ingripande behandlingssätt.

Ty att patienterna måste behandlas är tydligt. Man kan onekligen hafva en viss rättighet att fråga, om, då säkert antiseptiska medel ej visa sig ega någon större inverkan på erysipelasprocessen än indifferenta medel, en behandling af den lokala processen öfverhufvudtaget bör ske. Svaret har jag gifvit ofvan; det bör ske, om ej af annat skäl, så för att psykiskt lugna patienterna, en ej oviktig sak vid behandlingen af alla sjukdomar. Därtill kommer, att processen är mycket smärtsam, och att äfven därför försök böra göras att lindra denna smärta. Men under sådana förhållanden bör man naturligtvis undvika

allt, som kan skada patienten eller på något sätt öka de obehag, den erysipelatösa processen förorsakar. Detta göra otvifvelaktigt största delen af de på senare tiden föreslagna medlen, och detta, såsom jag för åtminstone ett par af de på sista tiden lifligast rekommenderade visat, utan ringaste nytta. Det indifferenta vaselinet åter lindrar ofta spänningen och är absolut oskadligt, och den lindriga kompressionen kan ej annat än göra nytta.

Hufvudvikten vid en erysipelas bör enligt min åsikt läggas å allmänsymptomens behandling; så länge dessa äro obetydliga, behöfver man ej vid dem fästa något afseende, utan endast se till, att patientens diet ordnas och krafterna bibehållas; blifva de åter svårare, och febern blir hög, delirier utbildas, krafterna sjunka, bör man gripa in med lämpliga medel och når då också såsom regel ett gynnsamt resultat.

En sådan åsikt är ingalunda ny. Redan TROUSSEAU förklarade sig under 28 år ej hafva användt annan behandling än ricinolja och under denna ej hafva förlorat mer än 3 patienter, och i nyare tid ställa sig, för att blott nämna några förf., VIERORDT i Penzoldt-Stintzings Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten och STRÜMPELL i sin lärobok på samma ståndpunkt i fråga om nu anförda medel. Denna uppfattning är dock ingalunda allmänt erkänd, och just till följd däraf har jag funnit mig föranlåten framlägga mina resultat; äfven om vaselinbehandlingen ej betecknar något framsteg i den meningen, att den är öfverlägsen andra förut använda metoder, har den dock den stora fördelen att bespara patienten en hel del obehag, äfven detta ett eftersträfvansvärdt mål vid behandlingen, då resultatet i öfrigt är detsamma.

III.

Det ej obetydliga antal fall, som observerats under de gångna 10 åren, torde förtjäna en granskning äfven i annat hänseende. Visserligen har den erysipelatösa processen studerats mycket och torde på det hela taget vara ganska väl känd, men en jämnförelse i fråga om de kliniska symptomen, deras freqvens och beskaffenhet torde dock, då de yttre förhållanden, under hvilka pat. vårdats, äro så likformiga, som här är fallet, alltid vara af ett visst intresse och en viss betydelse och därför förtjäna göras, äfven om ej så mycket nytt skulle blifva resultatet af en sådan. Jag har därför i det följande gjort en sådan jämnförelse.

In summa hafva under de gångna åren å sjukhuset varit intagna 207 patienter; recidiven hos samma patient hafva medräknats, där det varit möjligt, vid denna jämnförelse, då behandlingen vid en sådan jämnförelse kan lemnas ur räkningen på grund af det förut sagda

a) *Ålder*. Bland patienterna funnos 95 män och 112 qvinnor, fördelade inom följande åldersklasser:

	män	qvinnor		män	qvinnor
0—10 år	—	1	41—50 år	17	19
11—20 »	10	20	51—60 »	13	12
21—30 »	19	32	61—70 »	3	11
31—40 »	31	16	öfver 70 »	2	1

Att så få barn under 10 år finnas bland fallen beror ej på, att erysipelas mera sällan torde förekomma hos dem, utan därpå, att barn endast undantagsvis intagas å sjukhuset.

Fallen voro tämligen jämt fördelade på de olika månaderna:

	män	qv.		män	qv.
Januari	8	9 = 17	Juli	8	8 = 16
Februari	4	12 = 16	Augusti	7	6 = 13
Mars	7	8 = 15	September	8	4 = 12
April	5	13 = 18	Oktober	11	5 = 16
Maj	7	10 = 17	November	12	6 = 18
Juni	6	18 = 24	December	12	13 = 25

b) *Temperaturen.* Denna visade ej något regelbundet förhållande. Än steg densamma hastigt ända till 3—4° inom loppet af 12 timmar, än skedde, detta dock mindre ofta, temperaturstegringen trappformigt och akme nåddes först på 2:dra eller 3:dje dagen. De å sjukhuset funna maximitemperaturerna, som dock ej för de flesta fall med säkerhet kunna anses utgöra ett exakt uttryck för de verkligen uppnådda maximitemperaturerna, då pat. oftast inkommit först flere dagar efter insjuknandet och möjligheten af högre temperaturer under dessa dagar än de å sjukhuset observerade ej kan förnekas, varierade i hög grad från feberfrihet till 41,9°, den högsta observerade temperaturen.

Följande tabell, som i flere hänseenden det oaktadt torde erbjuda ett visst intresse, visar de funna maximitemperaturerna och deras förhållande till den tid, som förflutit från insjuknandet till intagandet å sjukhuset. I densamma hafva uteslu-

Antal förflutna dagar före inkomsten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	21	24	S:a
Under 37,5° . . .	1	2	1	2	4	1	—	6	2	—	—	1	—	—	1	1	1	—	23
37,5°—38,5° . . .	1	—	2	2	3	2	3	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	17
38,6°—39° . . .	1	—	1	—	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
39,1°—39,5° . .	5	2	2	2	3	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
39,6°—40° . . .	5	1	6	1	4	4	2	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	27
40,1°—40,5° . . .	4	3	2	3	7	2	3	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	1	29
40,6°—41° . . .	—	1	2	4	4	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	15
41,1°—41,5° . . .	1	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
öfver 41,5° . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

tande de fall upptagits, i hvilka efter inkomsten processen ej visat minsta utbredning, och flegmonösa processer eller andra komplikationer, som kunnat hafva någon inverkan på temperaturens höjd, ej utbildats. I 4 fall finnes därjämte ingen bestämd uppgift om tidpunkten för processens början. In summa kunna 145 fall användas, recidiven ej inräknade.

Af den nämnda tabellen framgår, att någon bestämd regel i fråga om temperaturens förhållande ej finnes vid erysipelas, isynnerhet som, hvilket jag strax skall visa, intet bestämdt samband heller finnes mellan processens utbredning och temperaturens höjd och duration. Så mycket synes dock framgå af

densamma, att endast undantagsvis i fall, där spridning ej eger rum, temperaturstegringar förekomma efter 7 dygns förlopp; åtskilliga af ofvannämnda fall, där längre tid förflutit, höra nämligen till de med jodpensling behandlade, i hvilka man, oaktadt anteckning därom ej finnes, eger rätt att antaga, att äfven under sjukhusvistelsen en spridning uppträdt, fall, som därför egentligen icke höra hit. Vidare framgår af ofvannämnda tabell, att i det öfvervägande flertalet fall efter 4 dagars förlopp temperaturen ej når någon betydligare höjd eller öfverstiger 40°.

I allmänhet hafva dessa temperaturer observerats endast första dagen å sjukhuset af flere skäl. Ofta hafva vid excessift höga temperaturgrader antifebrilia användts, genom hvilka temperaturen pressats ner, ofta torde äfven de förbättrade hygieniska förhållanden, pat. kommit under på sjukhuset, verkat välgörande, i andra fall har omedelbart efter inkomsten kris inträffat. I hvad mån den lokala behandlingen bidragit härtill, torde vara svårt att afgöra, då, såsom vi ofvan sett, af här använda medel intet tyckes vara särskildt öfverlägset det andra. På grund af det anförda sammanfalla i det stora hela de dagar under sjukdomsförloppet, då högsta temperaturerna observerades, med dagarne i ofvannämnda tabell. Att särskildt anföra dem, torde därför ej vara af något intresse, ty någon bestämd hållpunkt för feberns höjd och duration torde däraf ej vidare vinnas. Att höga temperaturer äfven tämligen sent observerats, framgår af ofvan nämnda tabell, men möjligheten af, att dessa sent förekommande temperaturstegringar kunna bero på, att under vistelsen hemma processen utbredt sig och gifvit anledning till fortfarande stegring, kan aldrig förnekas i de fall, där pat. ej från första början observerats. Enstaka fall finnas dock, i hvilka, oaktadt ingen påvisbar spridning af processen egt rum, temperaturen länge hållit sig hög. Så i ett fall, behandladt med sublimatlanolin, i hvilket pat. inkom på 3:dje dygnet med en temperatur af 39,2° och med rodnad och svullnad af högra ansiktshalfvan, hårfästet samt nacken, men i hvilket, oaktadt spridning ej inträdt, maximum af febern uppnåddes först på 8:de dagen med 40,6°, och temperaturen ännu på 9:de dagen nådde upp till 40,3°. Likaså i ett annat fall, i hvilket temperaturen vid inkomsten på 3:dje dagen var 40,8°, men trots sublimatlanolin

och antifebrin utan spridning på 5:te dagen nådde upp till $40,9^0$ och på 7:de till $40,3^0$; vidare i fall 54, i hvilket temperaturen vid inkomsten var $38,2^0$ och följande dag nådde upp till 41^0; i alla dessa sjönk därefter småningom temperaturen, utan att särskilda komplikationer tillstötte.

Temperaturstegringens början är mycket olika. De ej så få fall, i hvilka pat. omedelbart inkommit å sjukhuset eller insjuknat å sjukhuset i nosokomialerysipelas eller recidiv, tillåta att gifva en föreställning därom.

Uti 15 fall nådde temperaturen samma qväll upp till:

under 37,5	i 1 fall	39,6—40	i 5 fall
37,6—38,5	i 1 »	40,1—40,5	i 5 »
38,6—39	i 1 »	40,6—41	i 1 »
39,1—39,5	i 1 »		

Endast i ett af dessa, med temperatur upp till 39,7, spred processen sig vidare, ehuru endast till närmaste omgifningen.

I 19 andra fall nåddes maximum först efter en eller flere dagar; så i 8 fall 1 dag efter insjuknandet ($36,5^0$—$38,8^0$,[1]) $37,8^0$—$40,4^0$, $38,4^0$—$39,8^0$, $38,6^0$—$39,1^0$, $38,6^0$—$39,2^0$, $38,8^0$—$40,5^0$, $39,5^0$—$39,8^0$ och $39,9^0$—$40,6^0$), af hvilka de tre (fall 1, 3 och 7) visade en lindrig spridning af processen efter inkomsten, i 7 fall efter 2 dagar (38^0—$39,4^0$, $38,4^0$—$39,9^0$, $38,8^0$—$39,5^0$, $38,8^0$—$39,7^0$, $38,8^0$—$39,8^0$, $39,2^0$—$40,2$, $38,3^0$—$40,4^0$) med ringa spridning i 1 fall (2), i 2 fall efter 3 dagar ($37,6^0$—$39,3^0$ och $39,4^0$—$40,4^0$) med ambulans i första fallet, i 1 efter 4 dagar ($39,3^0$—$40,1^0$) med ambulans och i 1 efter 6 dagar ($38,5^0$—$39,5^0$) med sannolik spridning af processen.

I dessa senare fall steg temperaturen då vanligen trappformigt, i det att temperaturen på morgonen var lägre än föregående dags aftontemperatur; endast undantagsvis steg temperaturen kontinuerligt, detta egentligen endast, då temperaturmaximum nåddes dagen efter insjuknandet.

Temperaturen steg således ofta mycket hastigt, nådde till och med i ett fall på qvällen upp till 41^0. Och oftast tyckes, som om maximum af temperaturstegring därmed vore uppnådd.

1) Siffrorna inom parentesen angifva: den första qvällstemperaturen, samma dag, som pat. insjuknade, sista siffran det uppnådda maximum å angifven dag.

I allmänhet kan man säga, att i de fall, i hvilka detta egde rum, temperaturen genast nått en betydande höjd, medan åter i de fall, där först en eller annan dag efter insjuknandet maximum uppnåddes, temperaturen var relatift låg första dagen. Detta kan dock vara en tillfällighet, men förtjänar emellertid påpekas; att ej alltid en låg temperatur nödvändigt medför stegring de följande dagarne, visa flere af de första fallen, i hvilka i 2 till och med aldrig någon feberstegring fanns (det ena hörde dock till de s. k. abortiva fallen, det andra var ett recidiv, om hvilka mera sedan), i 2 sådan ej öfverstigande 38,5° konstaterades, och maximum därmed var uppnådt.

Sedan emellertid temperaturen nått sitt maximum, qvarstår den längre eller kortare tid på denna höjd. Typen är då oftast en lindrig remittens med vanligen lägre morgontemperatur och högre aftontemperatur. Efter varierande tid, oftast inom 4 dagar från behandlingens början, såsom jag ofvan visat, faller därefter temperaturen, men på mycket olika sätt. Så var temperaturfallet typiskt kritiskt, i okomplicerade och icke ambulanta fall, i 72 fall, och temperaturfallet kunde ofta uppgå till 3° och däröfver, hvarefter pat. förblefvo feberfria, i 20 fall utpräglad lytisk med högre aftontemperatur, lägre morgontemperatur; i 21 fall åter inträdde ett plötsligt betydligt temperaturfall, men under de följande dagarna qvarstodo lindriga remissioner till 38° och något däröfver utan upptäckbar anledning. Slutligen var typen fullt obestämd i 14 fall, med varierande stigningar, ena dagen lägre, andra högre.

Till en viss grad tyckes temperaturfallet stå i samband med den tid, processen varat från frossbrytningen till feberfrihetens inträde, som följande siffror utvisa. (Afvikelsen i följande siffror vid jämnförelse med ofvanstående beror därpå, att i några fall bestämd uppgift om processens början ej finnes, hvarför dessa ej kunnat medräknas, liksom fallet varit med dem, som vid inkomsten endast visat 38° och obetydligt däröfver, emedan i dessa ej feberfallets beskaffenhet kunnat bedömas).

Processens duration	6 dagar	12 dagar	Längre
Kris	34 fall = 52 %	25 fall = 38,5 %	6 fall = 9,5 %
» med stegring följande dag	9 » = 45 %	10 » = 50 %	1 » = 5 %
Lysis	2 » = 14 %	10 » = 71,5 %	2 » = 14 %
Obestämd typ	2 » = 25 %	6 » = 75 %	0 » = 0 %

Vi finna häraf, att, medan kris oftast inträffat både absolut och relatift i fall, hvilkas duration ej sträckt sig öfver 6 dagar, och äfven kris med enstaka stegringar under följande dag förekommer relatift ofta i liknande fall, en utpräglad lysis åter oftast förekommer i fall, som draga längre ut på tiden. Men å andra sidan visa de äfven, att kris mycket väl kan inträda, oaktadt processen varit utdragen, i ett fall till och med först på 27:de dygnet.

Något samband mellan temperaturens höjd och de olika formerna af feberns fallande finnes däremot icke och är väl ej heller att vänta.

Af ett visst intresse torde äfven vara att bestämma förhållandet mellan den uppnådda maximitemperaturen och processens utbredning. Fullt exakt uttryck för detta förhållande kunna naturligtvis ej de anförda siffrorna gifva, då olika lång tid förflutit, innan pat. kommit under behandling och därmed tillfälle gifvits att bestämma temperaturen. Särskildt gäller detta om fallen med låga maximitemperaturer. Följande tabell visar förhållandet i detta hänseende, och en närmare granskning af densamma torde det oaktadt kunna visa, att något bestämdt förhållande mellan temperaturens höjd och processens utbredning och duration ej tyckes finnas. I tabellen hafva de ambulerande fallen uteslutits, äfvensom de, i hvilka komplikationer gifvit anledning till excessiv feberstegring.

Angripna partier	I. Mindre del af ansiktet	II. Större del af ansiktet	III. Hela ansiktet	IV. Ansikte och hals	V. Ansikte och hjässa	VI. Ansikte, hals och bål	VII. Ansite, hjässa, hals el. nacke	VIII. Panna och hjässa	IX. Hals eller bröst	X. Benet
Under 37,5°	2	4	12	—	2	—	1	1	—	2
37,6°—38,5°	6	2	4	—	2	1	—	—	—	3
38,6°—39°	3	1	1	—	4	—	—	—	—	—
39,1°—39,5°	4	1	3	1	5	—	2	—	—	2
39,6°—40°	6	1	11	2	5	—	2	—	1	2
40,1°—40,5°	5	4	11	—	8	—	2	—	1	6
40,6°—41°	2	6	5	1	1	—	1	1	—	1
41,1°—41,5°	—	2	1	—	—	1	1	—	1	1
öfver 41,5°	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

En närmare granskning af de fall, som legat till grund för denna tabell, visar följande. I de vid inkomsten feberfria fallen hade i allmänhet en tidrymd af 7 dagar och däröfver förflutit, innan pat. kommo in å sjukhuset, och feberfriheten kan därför bero på, att processen spontant under denna tid hunnit afslutas. Att så dock icke alltid är fallet, visa några fall. Så uppträdde i ett fall, i hvilket pat. inkom samma dag, hon insjuknat (för korthets skull betecknar jag i det följande liknande fall och fall med en nosokomialerysipelas med 0 dagar från insjuknandet) och i hvilket endast näsan och närmaste omgifning voro angripna, aldrig feber; i 3 fall med angripande af hela ansiktet hade resp. 2 (i 2 fall) och 3 dagar förflutit från insjuknandet till inkomsten å sjukhuset. Af fallen med temp. mellan $37,6^0 - 38,5^0$ hade i dem, i hvilka endast en mindre del af ansiktet (kolumn 1) angripits (i 4 kinderna, i 1 kind, näsa och panna, i 1 endast näsan), förflutit resp. 3 (i 2 fall), 2, 11, 6 och 0 dagar; i dem i hvilka större delen af ansiktet (kolumn II) angripits resp. 2 och 4 dagar; där hela ansiktet (kolumn III) angripits resp. 3, 5, 6 och 8 dagar; där ansikte och hjässa (kolumn V) angripits 4 dagar; där hela ansiktet, halsen och en del af bålen (kolumn VI) angripits 9 dagar samt i dem, i hvilka benet (kolumn X) angripits, resp. 5, 8 och 21 dagar. I fall med temperaturer mellan $38,6—39^0$ hade af de under I upptagna i 1 ena kinden, i 1 ena kinden, näsan och hälften af pannan, i 1 halfva ansiktet angripits med resp. 4, 4 och 2 dagars sjukdom före intagandet. Fallet i kolumn II inkom efter 1 dag, fallen i III efter 0 (i 3 fall), 2 (i 2 fall), 4 och 6 dagar, i V efter 4 (i 2 fall), 6 och 8 dagar. Af fallen mellan $39,1^0—39,5^0$ voro i de under I upptagna kinderna angripna i 3, halfva ansiktet i 1, och de intogos efter resp. 0 (i 2 fall), 1 och 7 dagar; det i II inkom efter 4 dagar, i III intogs pat. efter resp. 0 (i 3 fall), 2 (i 2), 4 och 6 dagar, i IV efter 0 dagar, i V efter 3, 4, 5, 6, 7 dagar, i VII efter 3 (i 1 fall), efter obekant tid i 1 fall, i X efter 1 och 7 dagar. Af fall med en temperatur mellan $39,6—40^0$ voro bland dem i I i 1 endast örat angripet, i 1 kinderna, i 2 en kind, näsan och motsvarande del af pannan, i 2 halfva ansiktet med resp. 0, 7, 0, 3, 1 och 2 dagars sjukdom före inkomsten, bland dem i II hade 2 och bland dem i III hade 0, 2 (i 2 fall), 4 (i 2), 5 (i 3), 6, 7 och

12 dagar förflutit, i IV inkommo pat. efter 2 och 5 dagar, i V efter 0, 2 (i 2) och 9 dagar, i VII efter 4 dagar (2 fall), i IX efter 0 dagar, i X efter 0 och obekant tid (i 1 fall). Bland fallen mellan 40,1—40,5 var bland dem under I upptagna fallen halfva ansiktet angripet i 3 och ena ögat i 1 fall, och de inkommo efter resp. 4 (2 fall), 3 och 1 dag, bland dem i II efter 0, 4, 6, 7 dagar, bland dem i III efter 1 (2 fall), 2, 3, 4 (3 fall), 5 (2 fall) och 7 dagar, i 1 fall efter obekant tid, i V efter 0, 1, 2, 4 (2 fall), 7, 10 och 12 dagar, i VII efter 6 och 7 dagar, i IX efter 0 dagar och i X efter 0, 1, 2, 5, 6 dagar samt i 1 efter obekant tid. Vid temperaturer mellan $40{,}6^0$—41^0 voro af fallen under I kinderna angripna i 1 fall och ena kinden, näsan och halfva pannan i 1, och de inkommo efter resp. 1 och 0 dagar, i II inkommo pat. efter 1, 2, 3, 4 (2 fall) och 10 dagar, i III efter 2, 5 och 7 (2 fall) dagar samt i 1 efter obekant tid, i IV efter 4 dagar, i V efter 3, i VII efter 3, i VIII efter 4, i X efter 0 dagar. Vid temperaturer mellan $41{,}1^0$ - $41{,}5^0$ inkommo pat. i II efter 3 dagar, i III efter 4, i VI efter 2, i VII efter 5, i IX efter 0, och i X efter 4, och i fallet med temperatur upp till $41{,}9^0$ inkom patienten efter 2 dagar.

Ofvanstående redogörelse, enformig i och för sig, var dock nödvändig för att visa, att det ej finnes något bestämdt samband mellan processens utbredning och temperaturens höjd. Vi finna af densamma, att, fastän processen ej angripit mer än en mindre del af ansiktet, temperaturen dock nått upp till öfver $40{,}6^0$, medan å andra sidan processen kan ega betydligt större utbredning, utan att temperaturen når någon betydligare höjd. Och detta, utan att nämnda förhållande beror på, att i fråga om de sistnämnda längre tid förflutit, innan pat. kommit under behandling; i ett ej obetydligt antal af dessa hafva pat. till och med samma dag eller endast efter 1 till 2 dagars tid, från insjuknandet räknadt, kommit in å sjukhuset.

Men på samma gång visar äfven den nämnda redogörelsen, att den tid, som förflutit innan pat. kommit under planmässig behandling, ej eger någon betydelse för processens utbredning. Så finna vi, att, oaktadt lång tid förflutit, processen kan qvarstå inskränkt till det först angripna området, i ett fall ända upp till 11 dagar (om någon förbättring med ny försämring finnes

intet nämndt i anamnesen), i andra upp till 7, medan åter i andra processen ytterligt hastigt sprider sig, så att ej obetydliga områden redan inom förloppet af första dagen angripits, hvarefter processens spridning upphört. För att blott nämna ytterligheterna voro i två fall endast kinderna angripna, oaktadt pat. sjuknat 11 resp. 7 dagar före inkomsten, i ett halfva ansiktet oaktadt 7 dagar förflutit, medan å andra sidan processen inom första dygnet i 2 fall angripit hela ansiktet och halsen, i 2 fall ansiktet och hjässan.

Man torde därför kunna som allmän regel uppställa:

att temperaturens höjd ej står i något bestämdt förhållande till processens utbredning;

och det synes mig äfven af det anförda framgå, *att den tid, som förflutit, innan pat. kommo under behandling, ej har någon betydelse för processens utbredning.*

c) *Ambulans.* Såsom förut nämnts, hejdades ej alltid processen omedelbart efter behandlingens början. I en hel del fall finnes en *spridning* omnämnd, ehuru af mycket olika omfattning. Af 45 fall, i hvilka en dylik omnämnes, var den obetydlig och inskränkt till de angripna partiernas närmaste delar i 16 fall, i 17 något större, i 11 återigen mycket betydlig (i 1 fall finnes ingen uppgift om spridningens storlek). Endast de 2 sista grupperna förtjäna benämningen ambulanta former eller 13,5 % af de observerade fallen.

I så godt som alla fall har denna spridning inskränkt sig till kroppsytan, från huden har en spridning till slemhinnorna observerats i endast 3 fall, i motsats mot, att ej sällan processen sprider sig från slemhinnan till huden.

Processens spridning sker med mycket olika hastighet; och ej sällan finna vi, huru processen, utan att angripa mer än den närmaste omgifningen, behöfver flere dagar för detta, medan den i andra inom loppet af några dagar kan angripa mycket stora områden; i några af fallen med betydlig utbredning finner man, huru processen till en början griper ikring sig ytterligt hastigt, men ju längre den fortskrider, dess långsammare går utbredningen, liksom om processens propagationsförmåga minskades; under tiden läkas ibland de först angripna partierna.

Blott några exempel. I ett fall, i hvilket processen omedelbart efter dess början kom under behandling, och i hvilket en-

dast högra kinden och näsan då voro angripna, behöfde processen 3 dagar för att sprida sig rundt högra ögat; i ett annat, i hvilket processen 6 dagar efter början hade vid inkomsten angripit hela ansiktet och hårbottnen, behöfdes 5 dagar för en spridning till h. örat och halsen; i ett tredje, inkommet 2 dagar efter början, behöfdes 5 dagar, för att processen, som då angripit kinderna, näsan och pannan, kunde spridas till hela ansiktet; i ett 4:de, också inkommet 2 dagar efter början, behöfdes 4 dagar, för att processen från närmaste omgifningen af v. ögat kunde sprida sig till samma trakt å andra ansiktshalfvan, medan å andra sidan i ett fall, inkommet 4 dagar efter början, processen från h. underkäksvinkeln inom 4 dagar utbredde sig till halsen och större delen af bröstet och ryggen, i ett annat med rodnad af kinderna, omedelbart inkommet till behandling, processen inom 2 dagar spred sig till hela ansiktet och halsen, i ett tredje, inkommet å 4:de dagen, processen inom 1 dag spred sig från hela ansiktet till hela hårbottnen och nacken, i ett 4:de, omedelbart behandladt, från näsan och kinderna till hela ansiktet inom 2 dagar.

Slutligen voro i ett fall, omedelbart kommet under behandling med rodnad af näsan, följande dag kinderna, ögonlocken och pannan angripna, följande dag hela ansiktet, dagen därpå endast h. örat, dagen därpå nacken, följande dag åter stor del af rygg, bröst och öfverarmar, hvarefter processen under ytterligare 3 dagar långsamt utbredde sig något, ehuru ej mycket. I ett annat dylikt var vid inkomsten, 4 dagar efter processens början, hela ansiktet undantagandes nässpetsen och läpparne rodnadt och svullet jämte öronen, nacken och öfversta delen af ryggen; 7 dagar åtgingo för processens utbredning öfver hela ryggen, medan ansiktet då bleknat och svullnaden kring ögonen lagt sig; efter 2 dagar hade processen gripit öfver på öfre delen af bröstet, medan öfre delen af ryggen antagit normalt utseende. Följande dag hade processen utbredt sig öfver hela bröstet och h. öfverarmen, medan hela ryggen var blek; följande dag var äfven en del af v. öfverarmen angripen, hvarefter spridningen upphörde. Särskildt framträdde processens långsammare spridning i några fall, i hvilka hela kroppsytan angreps; utgångspunkten var i dessa fall vanligen ansiktet, och processen afstannade ej förr, än den

angripit hela kroppsytan; sista dagarne skedde i dessa spridningen endast några ctm., medan till en början större kroppsytor angrepos inom loppet af ett dygn.

Spridningen är därför mycket olika i olika fall, och feberns duration varierar därför äfven mycket. Så t. ex. varade febern i ett af de anförda fallen, som inkom 6 dagar efter början, i 9 dagar efter intagandet, ehuru processen ej spred sig längre än från det vid inkomsten angripna ansiktet och hjässan till nacken och h. örat, medan den i ett annat fall, som inkom 4 dagar efter processens början, och i hvilket endast h. underkäksvinkeln var angripen, varade endast 6 dagar, och under denna tid hela halsen, bröstet och ryggen hunno angripas. I allmänhet kan man dock säga, att ju längre tid processen sprider sig, dess längre varar febern, såsom ju ej heller var annat att vänta. Så varade den i fall med obetydlig spridning, från inkomsten räknadt, från 2—9 dagar (maximum från början 15 dagar), i fall med något betydligare spridning från 2—9 dagar, (maximum från början 13 dagar) och i fall med betydlig spridning från 6—33 dagar (maximum från början 38 dagar).

Hvilka moment därvid spela någon rol, framgår ej af en granskning af sjukhistorierna. Den tid, som förflutit, innan pat. kommit under behandling, tyckes ej spela någon rol; så finna vi bland fall med obetydlig spridning, att från 0—6 dagar (i 4 fall 0 dagar, i 3—1 dag, i 4—2 dagar, i 1—3 dagar, i 1—4 d., i 1—5 d., i 2—6 d.) förflutit, bland dem med något större spridning från 0—7 dagar (i 5 fall 0 dagar, i 3—1 d., i 2—2 d., i 2—3 d., i 4—4 d., i 1—7 d.), bland dem med betydlig spridning från 0—7 dagar (i 1 fall 0 dagar, i 1—2 d., i 4—3 d., i 3—4 d., i 1—5 d., i 1—7 d.). Ej heller tyckes processens utbredning spela någon rol, i det både i fall med obetydlig och i sådana med högst betydlig ambulans vid inkomsten både mycket begränsade och rätt stora områden varit angripna. Exempel härpå hafva vi i flere af de ofvan omnämnda fallen. Ej heller har behandlingens art något inflytande, i det höggradig spridning inträdt ej blott vid den relativt milda blyvatten- och vaselinbehandlingen, utan äfven vid den, som man skulle tycka, kraftigare sublimatlanolinbehandlingen och jodpenslingen.

För att nämna blott ett par fall, spred sig processen från h. kind och öga endast till v. ögat, oaktadt pat. ej underkastades

någon behandling (pat. inkom samma dag han insjuknade), medan den i ett annat, inkommet å 3:dje dagen, från ansiktet spred sig öfver hela kroppen trots åtskilliga försök att hämma densamma med olika medel.

Äfven uppträdandet af flegmonösa processer eger ej någon betydelse hvarken såsom orsak eller följd, då endast i 3 af fallen eller 7 % sådana utbildades.

Processens spridning gör med ett ord intryck af något oberäkneligt, och ingen hållpunkt finnes för att kunna, genast man får ett fall under behandling, afgöra, om och huru långt processen kommer att sprida sig.

Snarast borde man kunna vänta sig, att i temperaturens förhållande kunna vinna någon upplysning härom, men äfven denna varierar i högsta grad, såsom framgår af följande tabell, angifvande högsta å sjukhuset observerade temperatur.

	obetydl. spridn.	ngt större spridn.	betydl. spridn.
37,6—38,5	1	—	—
38,6—39	1	2	—
39,1—39,5	—	2	1
39,6—40	5	5	—
40,1—40,5	6	4	1
40,6—41	3	4	7
41,1—41,5	—	—	2

Något bestämdt förhållande framgår ej af dessa tal; dock är det anmärkningsvärdt, att en betydlig spridning af processen nästan utan undantag egt rum endast, då temperaturen varit hög; ty i det fall, i hvilket högsta temperaturen ej nått öfver 39,5°, hade redan 7 dagar förflutit från insjuknandet och till intagandet, och osannolikt är ej, att temperaturen redan förut varit högre. Å andra sidan förekomma dock högre temperaturer äfven vid obetydlig spridning; man kan därför af temperaturens förhållande på sin höjd draga den slutsatsen, att sannolikheterna för spridning äro större vid hög temperatur än vid låg, men att en sådan ej med nödvändighet behöfver följa eller behöfver blifva så synnerligen omfattande.

Med ett ord, det finnes ingen hållpunkt, som tillåter att från första början afgöra, om processen kommer att blifva ambulant eller icke.

Ej heller kan man i feberns förhållande under de första dagarne, sedan spridning inträffat, finna någon bestämd hållpunkt för bedömandet af spridningens blifvande storlek. Dock kan man i allmänhet säga, att i de fall, i hvilka under spridning temperaturen håller sig mycket hög och maximum af temperatur uppnås först efter flere dagars förlopp, tendensen till spridning är större än i andra. Så observerades maximum af temperaturstegring i fall med obetydlig spridning: å intagningsdagen i 4 fall, dagen efter i 8, 2 dagar efter i 3 och 3 dagar efter i 1 fall; i sådana med något större spridning: å intagningsdagen i 5, dagen efter i 6, 2 dagar efter i 5 och 6 dagar efter i 1 fall, medan åter i sådana med betydlig spridning maximum observerats: å intagningsdagen i 1 fall, å 1:sta dagen i 3, å 2:a i 1, å 5:te i 1, 6:te i 1, 7:de i 2 och 9:de i 2 fall. I sistnämnda fall qvarstod processen, sedan maximum uppnåtts, under ständig spridning under ytterligare 5 till 9 dagar, medan den i öfriga fall vanligen upphört betydligt tidigare. Dock finnas äfven här undantag. i det äfven i fall, i hvilka maximum observerats å insjukningsdagen, processen qvarstått längre tid, och en omedelbar hög temperaturstegring med lägre temperatur de följande dagarne utesluter därför icke möjligheten af en i högre grad ambulerande process.

Feberkurvan vid dessa former är utmärkt af ständiga remissioner och exacerbationer, de senare å qvällarne. En typisk kontinua har jag ej haft tillfälle observera vid dessa fall. Maximum af temperatur observerades, såsom af ofvanstående framgår, å mycket olika tider, och feberns afslutning visade samma variationer som i fråga om de icke ambulanta formerna. Kris inträdde i 19 fall, lysis i 13, kris med enstaka stegringar de följande dagarne i 7 fall, och obestämd vår typen i 3 fall (3 pat. afledo). Anmärkningsvärdt är, att relativt oftare vid dessa former en lysis inträffar, än när fallen icke äro ambulanta, i det i de senare kris inträffade i 57,6 % och lysis i 16 %, vid de ambulanta formerna, alla medräknade, i resp. 42 och 29 %. Frånräknas fallen med obetydlig spridning, blir förhållandet detsamma, i det då af 28 fall i 11 eller 39,3 % kris inträffade, medan en lysis fanns i 8 eller 28.5 %.

I allmänhet sammanfaller den inträdda feberfriheten ej med upphörandet af processens spridning, i det som regel ambulansen

upphör 1—flere dagar, innan feberfrihet inträder. Länge brukar dock i allmänhet i dessa fall icke febern qvarstå, när spridningen upphört. Af de fall, i hvilka noggranna daganteckningar finnas om denna spridning, upphörde densamma samma dag som feberfrihet inträdt i 4 fall, 1 dag dessförinnan i 10 fall, 2 dagar därförut i 12, 3 dagar förut i 3 fall, 4 i 2 och 5 dagar i 1 fall. Däremot observerades i intet enda fall någon spridning, sedan temperaturen blifvit normal.

d) *Initialsymptom.* Hvad öfriga symptom beträffar, så inledes processen nästan utan undantag af en mer eller mindre häftig, ofta upprepad *frossbrytning;* en och annan gång kan man till och med konstatera ett slags prodomalstadium i form af allmänt illamående under en eller annan dag. Sistnämnda förhållande är dock undantag och har observerats endast i 2 fall. Hvad frossbrytningarne beträffar, så bruka de som regel följas af den erysipelatösa rodnaden inom förloppet af 24 timmar. Alltid är dock så ej förhållandet, ty i icke mindre än 19 fall har längre tid förflutit mellan densamma och rodnadens uppträdande. I 6 fall inträdde frysningen 2 dagar före rodnadens inträdande, i 5 till och med 3 dagar, i 3 angifves tiden mera obestämdt till några dagar. I 4 af dessa fall utgick rodnaden från näsan, i 9 från andra delar af ansiktet, från sår därstädes eller utan synlig föregående lesion, i 1 från ett sår å knäskålen. I fråga om de första fallen kunde möjligen tänkas, att i dem processen de första dagarne varit latent inuti näsan och därför undgått observation, men de sistnämnda fallen visa med bestämdhet, att ej en sådan omständighet alltid förklarar den längre tidsrymd, som kunnat förflyta mellan frysning och uppträdande rodnad.

Frossbrytningen har vanligen varit mycket häftig och omedelbart efterföljts af värmekänsla; i enstaka fall finnes dock omnämndt, att upprepade sådana under flere å hvarandra följande dagar egt rum, ett förhållande, som dock säkerligen hör till undantagen. Endast i tvenne fall omnämnes uttryckligen, att ingen frysning förefunnits, båda voro dock relatift lindriga.

e) *Öfriga symptom. Rodnaden* var mer eller mindre utpräglad, men liksom svullnaden och den obehagliga *känslan af spänning* utpräglad i alla fall. Dock var sistnämnda mycket olika, somliga pat. klagade mycket öfver densamma, andra åter tycktes

ej vidare besvärade, oaktadt makroskopiskt ingen skilnad kunde upptäckas.

Vanligen var huden spänd och glänsande, men ej sällan blef processen *bullös*, nämligen i 28 fall. Oftast uppträdde dessa bullæ i huden först efter flere dagars förlopp; i enstaka fall framkommo de dock redan första dagen, utan att, som det tycktes, processen därför var mera elakartad, än i öfriga fall med bullæ. I allmänhet tyckas dock de bullösa processerna varit mera elakartade än öfriga fall.

En granskning af fallen i detta hänseende visar följande. I långt öfvervägande grad uppträder bullös erysipelas hos qvinnor, i det bland de 28 fallen icke mindre än 22 voro qvinnor, endast 6 män. Alla åldrar voro representerade, från 13—64 år, af hvilka 4 stodo i åldern mellan 10—20, 8 mellan 21—30, 6 mellan 31—40, 8 mellan 41—50, 1 mellan 51—60 och 1 mellan 61—70 år. Den spädare hudbetäckningen hos qvinnor torde i allmänhet lemna tillräcklig förklaringsgrund för bullösa processers öfvervägande uppträdande hos dem, dock förtjänar å andra sidan framhållas det jämnförelsevis ringa antal yngre individer, hos hvilka sådana uppträdt. I allmänhet hafva processerna varat relatift längre tid än öfriga fall, intet af fallen förlöpte abortift; kortaste durationen för febern var 5 dagar i 3 fall, därefter 6 i 2, 7 i 1, 8 i 3, 9 i 5, 10 i 3, 11 i 2, 12 i 3, 13 i 3, 14 i 2 och 17 dagar i 1 fall. Äfven temperaturen var i allmänhet hög i dessa fall. Feberfri var pat. i 1 fall vid inkomsten, oaktadt bullæ qvarstodo, men denne pat. inkom först 12 dagar efter feberns början, i 1 fall var högsta observerade temperaturen $38{,}3^0$, äfven detta inkommet först 11 dagar efter processens början. I de öfriga nådde temperaturen upp till mellan 39,1—$39{,}5^0$ i 2 fall (inkomna efter resp. 0 och 4 dagar), till mellan 39,6—40^0 i 10 fall (efter resp. 2 dagar i 2 fall, 3, 4 i 3 fall, 6, 7, 12 och 14 dagar), till mellan 40,1—$40{,}5^0$ i 8 fall (efter resp. 2 d. i 2 fall, 3, 4, 5 i 2 fall, 7 och 10 dagar), till mellan 40,6—41^0 i 5 fall (efter resp. 3 d. i 2 fall, 4, 7 och 10 dagar) och till mellan 41,1—$41{,}5^0$ i 1 fall (efter resp. 2 dagar). I genomsnitt äro alltså alla fallen jämnförelsevis häftiga, utmärkta af hög feber och lång duration. De undantag, som finnas i fråga om temperaturen, kunna förklaras af den långa tid, som förflutit,

innan pat. kommit under observation, och under hvilken säkerligen temperaturstegring funnits. Men å andra sidan visa de inom parentes anförda talen, att uppträdandet af bullæ ej kan tillskrifvas, att lång tid förflutit, innan behandling påbörjats.

Så godt som uteslutande har den bullösa processen uppträdt i ansiktet, äfven detta en omständighet, som talar för, att hudbetäckningens beskaffenhet har en viss betydelse för dessa blåsors uppträdande, då epidermis i ansiktet ju i allmänhet är spädare än å öfriga delar af kroppen. Blåsornas innehåll har som regel varit seröst, någon gång har detsamma blifvit varigt, i endast ett fall blodigt; i detta sistnämnda fall uppträdde blåsorna å benet, och processen ledde till döden på grund af akut nefrit med hjärtdegeneration.

Allmänsymptomen hafva i allmänhet svarat mot feberns höjd; dock finnas äfven i detta hänseende talrika undantag. Fall med hög feber hafva förklarat sig ej vara vidare sjuka, andra med obetydlig sådan åter hafva uppgifvit sig må mycket illa. I allmänhet hafva dock de allmänna symptomen lindrats i och med feberns upphörande, men äfven här finnas undantag, i det pat. fortfarande känt sig mycket illamående under flere dagar och till och med längre tid, oaktadt processen bleknat och läkts, detta utan att komplikationer tillstött.

Ett symptom, som torde kunna räknas hit, nämligen *delirierna*, förtjena ock särskildt omnämnande. Delirier hafva nämligen förekommit i 28 fall, hvarjämte i 2:ne andra sådana jämte tecken till tydlig meningealirritation förefunnits; 20 af dessa hafva varit män, de återstående qvinnor, 3 stodo i åldern mellan 11—20, 4 voro mellan 21—30, 11 mellan 31—40, 7 mellan 41—50, 2 mellan 51—60 och 1 öfver 61 år. Otvifvelaktigt torde alkoholmissbruk spela en viss rol i flere af fallen och lemna förklaringen till männens öfvervägande i fråga om detta symptom. Dessa delirier uppträda å mycket olika tid under sjukdomens förlopp; så kunna de utbildas så godt som genast eller få dagar efter insjuknandet, i andra fall åter förflyta flere dagar, ända till 6, innan oredigheten börjar. Å andra sidan vara de äfven mycket olika tid, än försvinna de inom loppet af 24 timmar, än åter vara de flere dagar, i ett par fall till och med, sedan temperaturen blifvit normal och processen häfts. Än är deliriet

våldsamt, än åter mera lugnt. Något bestämdt samband mellan den erysipelatösa processens natur i det speciela fallet och deliriernas uppträdande framgår ej af sjukhistorierna, däremot tyckes lokalisationen af processen ega en viss betydelse.

Hvad först temperaturen beträffar, så utbryter deliriet ingalunda å de dagar, då temperaturen är högst. Mycket ofta sammanfaller visserligen högsta observerade temperaturen med deliriets utbrott, men i andra fall är temperaturen redan på nedåtgående, då deliriet bryter ut. Så t. ex. bröt deliriet ut å 5:te dagen i ett fall vid en temperatur af 39,5°, oaktadt den dagen förut nått 41°, i ett annat var temp. 2:dra dagen 40,6°, men först å 5:te dagen utbröt deliriet vid en temp. af 39,2°, i ett tredje utbröt det redan efter 24 timmar vid en temperatur af 38,6°, medan temp. å 4:de nådde upp till 40,3°, i ett fjärde utbröt det först å 5:te dagen, sedan pat. blifvit feberfri. Två af fallen visa, att hög temperatur ej är en nödvändig betingelse för, att delirier skola uppträda; och flere andra visa temperaturer ej öfverstigande 39° eller 39,5°. Ej heller är förloppet alltid långvarigt; i 1 fall förlöpte hela processen på 3 dagar, från insjuknandet räknadt, i 1 å 4, i 2 å 5, i 1 å 6, i 3 å 7, i 7 å 8, i 2 å 9, i 5 å 10, i 1 å resp. 12, 14, 21 och 32 dagar I det stora öfvervägande flertalet fall är förloppet således ej särskildt förlängdt. Anmärkningsvärdt är däremot, att processen så godt som uteslutande i dessa fall uppträdt i ansiktet, och att vanligen hela ansiktet varit angripet. Endast i 1 fall var halfva ansiktet angripet, i 1 fall större delen af detsamma, i 13 fall hela ansiktet, i 10 fall ansiktet jämte hela hjässan, i 1 fall ansikte, nacke och hals, i 2 dessutom äfven bålen, och endast i 1 fall var underbenet säte för processen. Detta tyder onekligen på ett visst samband mellan processens lokalisation och deliriernas uppträdande och talar för, att ej så mycket intoxikationen såsom sådan, utan äfven och kanske framförallt den hyperemi, som lätt nog vid processer i ansiktet och å hjässan kan tänkas uppstå i meningerna är den egentliga orsaken till delirierna i fallen. Att särskildt alkoholister, hos hvilka redan förut ofta torde finnas en viss hyperemi i de centrala delarne, lättast skola visa symptomet, är då lätt förklarligt. Härmed sammanhänger äfven, att prognosen vid delirier torde kunna sättas betydligt sämre än vid öfriga fall, i det nämligen ej mindre än 3 af nu ifrågavarande fall slutade dödligt.

f) *Abortivformer.* Den erysipelatösa processen åtföljes ej alltid af häftig feber och svårare symptom. Redan i de fall, i hvilka temperaturen stigit tämligen högt, frapperas man af den olikhet, som råder mellan de olika fallen med afseende på patienternas allmänna tillstånd. Medan somliga äro i hög grad medtagna och rent af orediga, tyckas andra föga besväras af några allmänna symptom, af hvad slag de vara må. Men ännu anmärkningsvärdare äro de fall, i hvilka hvarken allmänsymptom eller temperatur äro synnerligen svåra, oaktadt den erysipelatösa processen är tydligt utbildad och angripit jämförelsevis stora områden. Dylika abortiva fall äro länge kända och förekomma äfven bland materialet å härvarande sjukhus. Man skulle möjligen kunna vänta, att sådana fall, i analogi med hvad fallet är vid vissa andra infektionssjukdomar, skulle särskildt anträffas, när processen angriper samma person ånyo, isynnerhet då ett dylikt nytt angripande inträder i form af ett recidiv kort tid, efter det en föregående process aflupit. Så är dock ingalunda förhållandet, såsom jag i det följande skall visa

För att börja med abortivformerna, recidiven ej inräknade, så hafva sådana observerats i 10 fall eller 5 % af de observerade fallen. Endast i ett af dessa hade pat. förr haft rosfeber och detta till och med 4 ggr., i alla öfriga angrepos pat. för första gången. Oaktadt utbredningen i flere fall sträckte sig till hela ansiktet, var allmänbefinnandet föga rubbadt, och feber antingen saknades eller öfversteg ej $38,5^0$. Så var i 3 fall hela ansiktet angripet, de 2 af dessa voro feberfria, det tredje visade högst $38,5^0$ första dagen, och förbättring inträdde i de 2 redan å dagen efter insjuknandet, i det tredje, det med feber, å 3:dje dagen; i 2 andra var större delen af ansiktet angripet, 1 af dessa var feberfritt, i det andra nådde temperaturen högst 38^0, och processen var förbättrad redan å 1:sta resp. 4:de dagen; i de återstående voro endast kinderna eller näsan och dess omgifning angripna, och högsta observerade temperatur var resp. 38^0, $38,1^0$, $38,4^0$ och $38,5^0$ med en duration af processen i 4, 2, 1 och 2 dagar; i ett slutligen fanns ingen feber och rodnaden var häfd efter 4 dagar. Alla dessa fall inkommo samma dag eller dagen efter insjuknandet. Alla åldrar äro representerade, från 12-årig flicka till 71-årig gubbe (hos den senare var hela ansiktet angripet, feber fanns aldrig, och processen var stadd i förbättring redan

dagen efter insjuknandet), och fallen fördela sig ungefär lika å kön. Någon hållpunkt för förklaringen af fallens lätta förlopp finnes icke.

g) *Recidiv.* Såsom nämnts hade endast i ett af nu nämnda fall pat. förr haft ros, och detta 4 gånger, men att en sådan omständighet ej innebär något skydd mot svårt insjuknande, visar en hel del fall, i hvilka trots föregående erysipelas pat. ånyo insjuknat i svår sådan. I 16 fall finnes ett sådant förhållande omnämndt med varierande tidrymder mellan attackerna, från några månader till många år; i de flesta af dessa hade pat. endast haft ros 1 gång förut, men i några hade sådan uppträdt flere gånger, och ett par äro anmärkningsvärda på grund af de årligen återkommande recidiven; så hade en pat. lidit af en under 24 år regelbundet hvarje år uppträdande, ganska elakartad erysipelas, som angripit näsan och omgifvande del af ansiktet hvarje gång, i det andra hade pat. för 7 år sedan blifvit biten af en hund i ena benet och sedan dess minst 2:ne gånger årligen angripits af en erysipelas å underbenet, vanligen af långvarig art. För att börja med de 2 sistnämnda patienterna hade den första en mycket elakartad rosfeber, som varade 17 dagar och angrep näsan samt omgifvande delar; processen läktes visserligen, men en tillstötande pneumoni dödade pat., hvars krafter naturligtvis genom den föregående rosfebern voro betydligt nedsatta. Det senare fallet är anmärkningsvärdt genom det etiologiska moment, pat. uppger; dess betydelse för följande recidiv torde dock kunna dragas i tvifvelsmål; trots dessa täta recidiv varade sista anfallet i icke mindre än 3:ne veckor, innan pat. blef feberfri, detta utan att komplikationer kunna förklara det långvariga förloppet. Redan dessa båda fall visa, att ett tätt uppträdande af processen ej skyddar för förnyadt svårt insjuknande, och samma är förhållandet i de flesta öfriga fall; bland dem finnas sådana, i hvilka vid det förnyade insjuknandet ej blott ansiktet, utan äfven hjässa, rygg, bröst och armar angripits. I intet af alla anförda fall varade febern, om man undantager 1 fall, i hvilket hela ansiktet och halsen voro angripna och i hvilket kris inträdde 3 dagar efter feberns början, mindre än 5 dagar, däremot funnos bland dessa flere med feber af 12—13 dagars duration och med en feberhöjd af öfver 41°. Beklagligtvis äro ofta notiserna om processens ut-

bredning vid föregående insjuknande ofullständiga och tillåta därför ej närmare jämnförelser. Anmärkas bör, att af fallen endast 5 voro män, alla öfriga qvinnor; att detta dock endast är en tillfällighet, synes mig framgå däraf, att bland alla fallen lika ofta män som qvinnor träffats af ros.

Gå vi åter till de egentliga recidiven, d. v. s. de fall, i hvilka sjukdomen ännu under sjukhusvistelsen recidiverat, får man det intryck, att dessa recidiv visserligen ej alltid, men dock i öfvervägande flertalet fall, förlöpte lindrigare än första gången. Sådana recidiv hafva observerats i 12 fall eller 5,8% af de observerade fallen, däraf 7 qvinnor och 5 män och detta hos i allmänhet yngre individer; den älsta pat. var 37 år, de 9 under 30 år. I allmänhet observerades endast ett recidiv, men i 2 fall förekommo 2 och i 1 icke mindre än 4 tätt efter hvarandra. Tiden, som förflöt mellan de båda processerna, varierade mycket, från 0 dagar i 3 fall, i hvilka processen förbättrats och temperaturen sjunkit, ehuru den ej blifvit fullt normal och därpå under frysning en ny exacerbation af processen inträdt, till 1, 2, 3 (2 fall), 4, 7, 8 (2 fall), 11, 13 (2 fall), 15, 19 och 36 dagar. I de fall, i hvilka flere recidiv inträffade, var den feberfria tiden mellan anfallen mycket olika, så i ett mellan första och andra 8, mellan andra och tredje 4 dagar, i ett annat resp. 0 och 3 dagar, i ett tredje resp. 13,8, 0 och 15 dagar. Variationerna i fråga om recidivens duration, utbredning etc. äro mycket stora, men, såsom nämnts, i allmänhet föreföllo recidiven att vara af lindrigare art än den första processen, både hvad duration och temperaturens höjd beträffar.

Så var durationen, om första siffran betecknar feberns längd vid första insjuknandet, den andra den vid recidivet resp recidiven, följande i de olika fallen: 14—4, 3—3, ?—3, 7—3, 10—3—2, 12—3, 38—4, 7—4, 12—3, 8—3, 7—3—5, 15—2—5—3—4 dagar. Temperaturen, den högsta observerade, i de resp. fallen 40^0—39.9^0, $38,8^0$—$39,7^0$, $39,6^0$—$40,2^0$, $37,6^0$—$39,8^0$, $41,2^0$—$40,5^0$—$38,6^0$, $39,8^0$—$37,5^0$, $40,6^0$—$40,4^0$, 40^0—$38,4^0$, $40,6^0$—40^0, $39,8^0$—$38,6^0$, $39,9^0$—$39,7^0$—$40,5^0$, $37,5^0$—$40,5^0$—$40,5^0$—$40,^0$—40.4^0. Sistnämnda siffror visa dock, att, äfven om durationen är kortare, feberns höjd dock kan vara lika betydlig och till och med öfverstiga den vid föregående anfall observerade; detta

framgår otvetydigt af fallen med upprepade recidiv, medan åter de med endast ett bevisa mindre, då desamma ofta inkommit först flere dagar efter processens början, och därför det ej är osannolikt, att hemma högre temperaturer förefunnits de första dagarne, än å sjukhuset uppträdt; ty, såsom jag förut visat, i allmänhet är temperaturen vid erysipelas störst de första dagarne och sjunker därefter hastigt.

Utbredningen varierade äfven mycket; den var i de olika fallen som följer: större del af ansiktet och hjässans främre del — kinder, näsa, ögonlock, kinderna och halsen — hela ansiktet — hela ansiktet (3 fall), nacke och hjässa — trakten kring ögonen —?, hela ansiktet — ögon och kinder, ansikte, hjässa, bål och lår — hela ansiktet, ansiktet — kinder och näsa, hjässa och högra ansiktshalfvan — trakten kring högra ögat, panna och höger kind — d:o — d:o, ansikte, hjässa och hals — hela ansiktet — ansiktet utom hakan, hjässa — d:o — rodnad och svullnad nedanför ögonen.

I det öfvervägande flertalet fall inträdde temperatursänkningen i form af kris vid både första och andra anfallet. Undantag förekomma dock, i det i ett par fall första gången tydlig lysis fanns, vid recidivet eller recidiven åter kritisk temperatursänkning egde rum; däremot observerades aldrig något lytiskt temperaturfall vid recidiven.

Granska vi det anförda, torde däraf framgå, att *i allmänhet recidiven aflöpa inom kortare tid än det första anfallet*, ehuru äfven här vid upprepade recidiv tiderna variera något, att vidare *det angripna området i allmänhet är mindre än det föregående gånger angripna*, ehuru äfven här undantag finnas, att *däremot temperaturen ingalunda konstant är lägre än vid föregående anfall*, utan ej sällan högre. Totalintrycket är dock, att recidiven i allmänhet förlöpa lättare än första anfallet.

Af det anförda synes mig framgå, att *erysipelas för en kortare tid framåt förmår mildra en följande infektion, men att denna relativa immunitet mycket snart försvinner*. Detta gäller dock ingalunda såsom regel, utan äfven i detta hänseende visar sig den erysipelatösa processen, liksom i så många andra, vara en nyckfull och oberäknelig process.

h) *Utgångspunkten för den erysipelatösa processen* är ej alltid lätt att bestämma. Som regel anser man ju, att någon lesion

af de yttre betäckningarne måste finnas; för bedömandet af denna fråga torde föreliggande material ej vara så tillfyllestgörande, som önskvärdt varit, då noggrann rinoskopisk undersökning ej alltid kunnat utföras, och mindre lesioner i näsans slemhinna, som pat. ej observerat, därför kunnat förbises I andra var rodnaden redan vid inkomsten så betydlig, att en sådan undersökning torde hafva varit resultatlös, och förfrågningarne hos pat. hafva i dessa ej ledt till något resultat; oftast uppgafs, trots noggrann efterforskning i de af mig observerade fallen, att rodnaden angrep en större del af ansiktet på en gång, och att ej någon begränsad rodnad, från hvilken den sedan spred sig, observerats. Om man besinnar, huru hastigt processen ofta utbreder sig, förefaller detta ej osannolikt. Vid recidiv har det till och med händt, att det varit oss omöjligt att bestämma någon sådan utgångspunkt, i det pat. på qvällen ej visat något abnormt i t. ex. ansiktet, och följande morgon så godt som hela ansiktet varit rodnadt. I 50 fall kan därför ingen bestämd uppgift om utgångspunkten lemnas. I de öfriga har däremot denna med säkerhet kunnat bestämmas. Oftast har näsan varit det först angripna partiet, nämligen i icke mindre än 71 fall, och i 18 bland dessa uppgifves, att sår förefunnits därstädes, i 12 åter föregående snufva; att mycket oftare sår funnits, synes mig dock mycket sannolikt; i näsans närmaste omgifning har äfven processen börjat relatift ofta, så å läppen 1 gång, å pannan vid näsroten och angränsande delar i 8 fall samt dessutom i 1, i hvilket ett ekzem funnits förut å pannan, å kinderna i 11 fall. Sannolikt torde i de flesta af dessa fall äfvensom i några af dem, i hvilka processen först uppträdt kring ögat, infektionskällan vara att söka i näsan. Kring ögat har processen börjat i 12 fall, i 5 af dessa funnos förut sår, kring örat i 11 fall med föregående sår i de 6. Vidare har processen uppträdt i andra delar af ansiktet i 12 fall, i 3 funnos sår därstädes, i 1 ekzem och i 4 anmärktes föregående tandvärk, utan att i dessa senare dock någon svullnad af munslemhinnan observerats. För öfrigt har processen kunnat börja nästan hvar som helst, så å underbenet i 18 fall med sår i 14, i axillen i 1 fall i ett sår efter spansk fluga, i nacken i 6 fall med sår eller finnar i de 5, å hjässan i 3 med sår i de 2, å ryggen i 1 i sår efter koppning, å handen i 2 med sår i bägge.

Slutligen anmärkes i 12 fall, att pat., innan rodnaden uppträdt i ansiktet, först angripits af en angina, som varat längre eller kortare tid. Den tid, som förflutit, varierar dock ej obetydligt, från 1—2—3 dagar ända till 1 1/2 vecka; det torde ej vara osannolikt, att denna angina i de flesta af dessa fall varit ett första uttryck för en erysipelatös infektion, som inträngt i mandlarne; i 2 af dessa torde man dock ega rätt att ställa sig tveksam, nämligen i dem, i hvilka 1 resp. 1 1/2 vecka förflutit från anginans början till rodnadens uppträdande i huden. Sannolikt har i dessa fall anginan ej varit uttryck för en erysipelatös infektion, men väl kunna de svullna tonsillerna hafva utgjort en lämplig ingångsport för erysipelaskockerna, när de senare kommit till; nödvändigt är dock ej att söka infektionsstället här, då i det ena fallet fanns snufva, i det andra talrika finnar i ansiktet.

Anmärkningsvärdt är, att processen ej alltid uppträder i det förhandenvarande sårets omedelbara grannskap; så är visserligen oftast förhållandet, men undantag finnas dock. Ej sällan uppträder processen vid sår i näsan ej först å detta organ, utan å kinderna eller kring ögat eller till och med vid underkäksvinkeln, i ett fall hade pat. fått ett sår ofvanför ögat, men rodnaden uppträdde först framför örat, i ett annat funnos sår å underbenen, men endast låret blef erysipelatöst angripet. Särskildt anmärkningsvärda äro två fall; i det ena hade pat. fått ett sår å knäskålen, men den erysipelatösa processen uppträdde i ansiktet, oaktadt här trots noggrannaste efterforskning ingen lesion af huden kunde upptäckas. Pat. fick ett slag å knäskålen och 2 dagar senare började han lida af värk i såret, hufvudvärk, svår feber och nackstelhet; först 4 dagar senare uppträdde intensiv rodnad af hela ansiktet, ej af benet. Sambandet mellan såret å knäskålen och den erysipelatösa processen i ansiktet torde dock vara tvifvelaktigt; mycket möjligt torde vara, att pat. haft något sår i ansiktet, som ej kunnat upptäckas; de talrika fallen, i hvilka ingen utgångspunkt kunnat upptäckas, visa, huru relatift ofta detta är fallet. Samma anmärkning kan göras mot fall 40, i hvilket pat. fick en flegmonös process å underarmen några dagar efter en fingerskada och samtidigt en diffus erysipelas i ansiktet, utan att något sår därstädes funnits förut.

i) *Infektion och inkubation.* I sammanhang härmed torde några ord om *infektion och inkubation* vara på sin plats. Att den erysipelatösa processen är infektiös, torde numera vara allmänt erkändt; under sådana förhållanden är det anmärkningsvärdt, huru sällan verkligen en direkt infektion kunnat konstateras å sjukhuset. Oaktadt pat. på grund af omöjligheten att isolera dem måst vårdas bland öfriga pat., och oaktadt ett ej ringa antal fall af nosokomialerysipelas förekommit, kan direkt smitta konstateras i egentligen endast tvenne fall. I det ena låg den angripne pat. bredvid en annan pat., som vårdades för erysipelas, medan i alla öfriga fall infektionen inträffade oberoende, som det tycktes, af liknande förhållanden. I ett annat fall uppgaf pat., att hans broder, med hvilken han bodde tillsammans, kort förut lidit af rosfeber.

Den tid, som förflutit mellan infektionen och rodnadens uppträdande, är säkerligen mycket kort. I 9 fall kunde bestämdt tiden för sårets uppträdande och den uppträdande rosens början konstateras. I ett fall uppträdde rodnad, ömhet och feber dagen efter det pat. fått ett skafsår, i det andra likaledes dagen efter det en finne afrifvits, i det tredje och fjärde uppträdde redan några timmar efter ett skrubbsår frysningar jämte ömhet, svullnad och rodnad kring såret, hvilka hastigt utbredde sig, i det femte opererades pat. för en ateromcysta på förmiddagen och fick redan samma dag frysningar och rodnad kring såret, som hastigt utbredde sig, i det sjette uppträdde likaledes efter operation för bursitis præpatellaris frysningar, feber, rodnad och svullnad i omgifningen med hastig utbredning till hela knätrakten och angränsande delar, i det 7:de uppträdde frysningarne och rodnad af underarmen först ett par dagar efter en fingerskada, i det 8:de uppträdde efter ett sår i nacken inom kort tid (tiden ej bestämdt angifven) erysipelas i omgifningen. Det 9:de fallet slutligen är mera tvifvelaktigt och är ofvan nämndt (skada å knäskålen, frysningar, feber 2 dagar senare, 4 dagar därefter erysipelas i ansiktet).

De nämnda fallen visa tydligen en mycket kort inkubationstid, i det vi i flere af dem finna de första symptomen redan inom några timmar efter lesionen.

j) *Komplikationer.* Hvad komplikationerna beträffar, hafva dessa varit jämnförelsevis sällsynta.

Parotit uppträdde i ett fall hos en 46-årig man under pågående erysipelas å 9:de dagen från insjuknandet och gick till suppuration. Helsa.

Djupgående *gangren* observerades i 3 fall å underbenet, af hvilka 2 slutade dödligt. I ett fall hos en 62-årig man med gangren af hela benets baksida och exitus 7 dagar efter inkomsten (sjukdomsdagen kan ej bestämmas, då uppgift om insjukningsdagen ej finnes); i ett annat hos en 55-årig qvinna, intagen 6 dagar efter insjuknandet, uppstodo 4 dagar efter intagandet stora blodfylda blåsor och fläckvis gangren å underbenet och exitus inträffade 1 dag senare; i det tredje, en 53-årig man, intagen 5 dagar efter insjuknandet, försvann den erysipelatösa rodnaden efter 4 dagars behandling, men småningom utbildades abscesser med konsekutiv gangren af större delen af underbenets hud. Helsa.

Pneumoni uppträdde i 4 fall, i de 2 å 2:dra resp. 3:dje dagen, efter det den af den erysipelatösa processen förorsakade febern häfts, i de 2 andra i omedelbart samband med densamma å resp. 3:dje och 6:te dagen från processens början. Alla fallen förlöpte dödligt.

Albuminuri utan cylindrar eller andra tecken till akut nefrit konstaterades i 80 fall = 38,7 %, nämligen hos 44 qvinnor och 36 män, fördelade på följande sätt efter åldern: 10 voro under 20 år, 18 mellan 21—30, 18 mellan 31—40, 18 mellan 41—50, 12 mellan 51—60, 2 mellan resp. 61—70 och 71—80. I allmänhet var denna albuminuri obetydlig och öfversteg säkerligen ej 0,05 %, i endast 5 fall anmärkes uttryckligen, att albuminhalten var något rikligare. Sannolikt torde densamma bero på lindriga förändringar i njurarne på grund af hög temperatur och möjligen äfven toxiners inverkan. I fråga om temperaturens betydelse är det dock svårt att bilda sig ett bestämdt omdöme, då oftast flere dagar förflutit, innan pat. inkommit, och temperaturens förhållande under dessa dagar därför är okändt. Temperaturen de dagar, då albumin konstaterades, var följande:

under 37,5 i 1 fall (inkommet 4 dagar efter processens början),

mellan 37,6—38,5 i 9 fall (inkomna efter resp. 0, 2, 4 i 5 fall, 5 och 21 dagar; i de 5 af dessa, inkomna efter resp. 0, 2, 4 och 5 dagar, nådde temperaturen de följande dagarne upp till resp. 39,5°, 39,8°, 38,7°, 41° och 39,4°),

mellan 38,6—39 i 9 fall (inkomna efter resp. 2 dagar i 2 fall, 3 i 2, 4 i 2, 5, 7 och 9 dagar; i 5 af dessa, inkomna efter resp. 3, 5, 7 och 9 dagar, steg temperaturen de följande upp till resp. 39,4°, 40,2°, 39,6°, 39,6° och 39,7°),

mellan 39,1—39,5 i 8 fall (inkomna efter resp. 0, 2 i 2 fall, 4, 5, 7 och 10 dagar; i ett fall finnes processens början ej exakt angifven. I 3 af dessa, inkomna efter resp. 0, 4 och 10 dagar, steg temperaturen till resp. 40,1°, 40,4°, och 40,2°),

mellan 39,6—40° i 20 fall (inkomna efter 0 dagar, 2 i 4 fall, 3 i 2 fall, 4 i 6 fall, 5 i 2 fall, 7 i 2 fall, 12 och 14 dagar, hvarjämte exakt uppgift i 1 om tiden för processens början saknas. I 5 af desssa, inkomna efter resp. 0, 2, 3 i 2 fall och 4 dagar, steg temp. till resp. 40,6°, 40,5°, 40,5°, 41° och 40,5°),

mellan 40,1—40,5 i 17 fall (inkomna efter resp. 0 dagar, 1 dag i 3 fall, 3 i 4 fall, 4 i 4 fall, 5 i 2 fall och 7 dagar i 3 fall; temperaturen nådde i 4 fall, inkomna efter 3 i 2 fall, 4 och 7 dagar senare upp till resp. 40,6°, 40,,6°, 40,6° och 40,6°),

mellan 40,6—41 i 12 fall (inkomna efter resp. 1 dag, 2 dagar, 3 i 5 fall, 4 i 2 fall, 5, 7 och 10 dagar med stegring de följande dagarne i 1 fall, inkommet efter 3 dagar, till 41,4°),

mellan 41,1—41,5 i 3 fall (inkomna efter 2, 3 och 4 dagar).

De höga temperaturerna öfver 39,5° äro talrikast representerade. Anmärkningsvärdt är, huru få fall bland dem, som insjuknat å sjukhuset eller omedelbart inkommit efter insjuknandet, visat albumin i urinen. Sådana fall finnas endast 4, och i de tre af dessa var redan första dagen ägghvita påvisbar omedelbart i samband med insjuknandet, oaktadt temperaturen i dem ej öfversteg 39,5°, 39,5 °och 40°. Fallen voro rätt allvarsamma, i det första nådde temperaturen upp till 39,5°, och pat. blef feberfri först efter 10 dagar; i det andra afled pat. 9 dagar efter insjuknandet på grund af hjärtdegeneration. Denne pat. visade sig ega en betydande gummatös lefvercirrhos därjämte, njurarne voro dock ej väsentligt förändrade. I det tredje fallet blef pat. feberfri först efter 12 dagar, och temperaturen steg under denna tid till

40,6°. I det fjärde fallet, i hvilket temperaturen första dagen nådde till mellan 40,1—40,5, voro febern och albuminurien borta redan efter 3 dagar.

Dessa fall gifva möjligen en antydan om, att tidig albuminuri vid samtidig relatift låg temperatur är ett prognostiskt ogynnsamt symptom och förekommer endast vid svårare fall. Bestämd slutsats kan dock ej dragas i detta hänseende, då fallen äro för få. Hvad öfriga fall beträffar, så finna vi ej sällan, att maximum af temperatur ej sammanfaller med albuminuriens framträdande, i det ägghvita ofta nog påvisats i urinen, innan temperaturen nått sitt maximum. Men, då, såsom nämnts, de flesta af dessa först efter flere dagars förlopp inkommit å sjukhuset, är möjligheten af högre temperatur än den vid inkomsten observerade ej utesluten, och fallen bevisa därför föga.

Hur länge denna albuminuri varat, uppgifves ej i det stora flertalet journaler. Vid utskrifningen voro dock pat. fria från albumin. Om denna albuminuri därför upphört i och med feberns upphörande eller fortfarit senare, lemna dessa journaler ingen upplysning om. Att så dock kan vara förhållandet, utan att djupare förändringar i njurarne inträdt, visar dock ett fall, i hvilket pat. inkom feberfri å 4:de dagen, men utgick fri från ägghvita först vid utskrifningen omkring 2 veckor efter inkomsten.

Öfverhufvud äro verkliga nefriter mycket sällsynta. Sådana hafva observerats i endast 2:ne fall. I det ena utbildades hos en 22-årig qvinna 13 dagar efter afslutad process en akut nefrit, och detta efter ett recidiv med högst 40,5° temperatur; pat. utskrefs frisk efter 20 dagar. I det andra fanns vid sektionen å en 55-årig qvinna en akut nefrit.

Relatift oftast förekommo såsom komplikationer *flegmonösa processer*, som dock voro af mycket växlande art. Än uppstod endast en begränsad abscess i ett ögonlock eller å annat ställe, än åter en mängd abscesser af stor utsträckning. I ett fall måste sålunda ett 20-tal abscesser öppnas, och i detta var så godt som hela hufvudsvålen aflossad från kraniet; i ett annat blef så godt som hela underbenets hud underminerad.

Dylika flegmonösa processer förekommo i 16 fall = 7,7 %, hos 10 män och 6 qvinnor med en ålder varierande mellan 18—66 år, talrikast, nämligen i 10 fall, hos pat. mellan 31—50

år. Hvad deras lokalisation beträffar, är det anmärkningsvärdt, huru ofta en erysipelas å underbenet följdes af abscessbildningar; i icke mindre än 8 eller hälften af alla fallen måste sådana öppnas därstädes. De öfriga förekommo å skilda ställen å ögonlock, hjässa, vid underkäksvinkeln, å halsen, i endast 1 fall, det ofvan omnämnda, äfven å låret, aldrig däremot å bålen.

Den högsta å sjukhuset observerade temperaturen var i 1 fall (inkommet å 12:te dagen efter insjuknandet) under 37,5, i 1 fall (inkommet 21 dagar efter början) mellan 37,6—38,5, i 4 fall (inkomna efter 2, 3 och 7 dagar, hvarjämte i 1 ingen exakt uppgift finnes) mellan 39,1—39,5, i 3 fall (inkomna efter 2, 5 och 7 dagar) mellan 39,6—40°, i 3 fall (inkomna efter resp. 1, 2 och 7 dagar) mellan 40,1°—40,5° , i 4 fall (inkomna efter resp. 4 i 3 fall och 5 dagar) mellan 40,6—41°. De låga temperaturerna förekommo i fall, i hvilka lång tid förflutit, innan pat. intagits, och höga temperaturer hemma äro därför ej uteslutna. I allmänhet hafva alla fallen, oaktadt ofta rätt lång tid förflutit, innan behandling påbörjats, visat höga temperaturer; härifrån kunna möjligen de 2 fall, i hvilka temperaturen å 3:je och 4:de dagen ej öfversteg 39,5°, undantagas. Som regel tyckas dock flegmonösa processer uppträda i fall, där temperaturen varit relatift hög, ehuruväl å andra sidan just i fallen med högsta observerade temperatur sådan varbildning ej uppträdt. Och, om man därjämte besinnar, huru många fall visat lika höga och högre temperaturer, utan att abscesser bildats, torde något bestämdt förhållande mellan abscessbildning och temperaturens höjd ej kunna spåras. Lika litet tyckes processens duration stå i något bestämdt förhållande till abscessbildningen, i det fallen i allmänhet ej varit gravare än andra fall eller dragit längre ut på tiden. I många fall inträffade feberfriheten redan flere dagar, i ett till och med 9 dagar, innan abscessen utbildats så tydligt, att incision kunnat göra. Så var förhållandet i 8 fall, medan i de 8 öfriga temperaturen visserligen ej återgått till norm, men dock var betydligt lägre än förut; att i dessa fall den fortsatta feberstegringen berodde på abscessernas närvaro, framgick däraf, att temperaturen nästan alltid återgick till norm, sedan incision gjorts. Anmärkningsvärdt är äfven, huru olika hastigt varbildningen inträffade. Så måste incision göras å följande dagar

från början räknadt: i 1 fall efter resp. 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 och 32 dagar, i 2 fall efter resp. 7 och 11 dagar, hvarjämte tidpunkten för processens början ej finnes angifven i 2 fall. I de fall, där flere abscesser utbildades, skedde detta med olika stora mellanrum, utan all regelmässighet.

Att någon särskild tendens till spridning af processen ej fanns i dessa fall, synes mig framgå däraf, att endast i 3 en sådan anmärkts och denna af jämförelsevis ringa omfång i de två, i ett var den däremot rätt betydligt.

I allmänhet kan man säga, att *fallen med varbildning visserligen oftast förekomma i fall med hög temperatur, men att denna hvarken var excessiv eller fallen i öfrigt utmärkta af särskildt elakartadt förlopp.* Intet af fallen slutade letalt.

k) *Dödsfall.* Till slut några ord om de fall, som slutade dödligt. Dessa äro in summa 10, af hvilka dock endast de 2 kunna sägas bero på den erysipelatösa infektionen hos resp. 40 och 36 års män, som inkommo efter resp. 2 och 3 dagar; i det första af dessa afled pat. på 4:de dagen efter sjukdomens (en erysipelas faciei) början; han hade våldsamma delirier, men det oaktadt en temperatur ej öfverstigande 38,4° utom sista dagen, då temperaturen gått upp till 41,9°; i det andra fallet spred sig processen, utgående från ansiktet, öfver hela kroppen och lät ej hejda sig af något användt medel; högsta observerade temp. var 40,6°, och döden inträffade å 22:dra dagen; sektionen visade en liten varhärd i mediastinum samt blödningar i pleura och pericardium såsom tecken till en våldsam infektion.

I alla öfriga fall inträffade döden hos förut mycket nedsatta individer eller på grund af komplikationer. I ett fall hos en 55-årig qvinna med erysipelas å låret och temp. maximum af 40° fanns en höggradig syfilitisk lefvercirrhos och betydlig fettdegeneration af hjärtat; infektionen hade här utgått från ulcererande gummata å låret, och pat. afled 9 dagar från början, oaktadt hon genast kom under behandling. I ett fall hos en annan 55-årig qvinna, som inkom 6 dagar efter sjukdomens, en erysipelas anticruris, början, och i hvilket högsta å sjukhuset observerade temperaturen var 41°, afled pat. 5 dagar efter intagandet på grund af en tillstötande akut nefrit och samtidig betydlig hjärtdegeneration. I 4 fall utbildades en pneumoni, som gaf anledning till exitus.

I ett, en 31-årig qv., intagen 14 dagar från början med erysipelas i ansiktet, var processen aflupen och pat. feberfri 17 dagar efter processens början, då 2 dagar senare en akut krupös pneumoni och samtidig erysipelas laryngis utbildades, på grund af hvilka pat. dukade under efter 4 dagar; sektionen visade dessutom en höggradig syfilitisk lefvercirrhos och en synechia pericardii. I det andra fallet, en 60-årig man, inkommen 9 dagar från början med erysipelas å ansiktet och hjässan, var processen aflupen efter 13 dagar; dagen efter det pat. blifvit feberfri, utbildades en pneumoni, som ledde till exitus efter 6 dagar. I det tredje, en 72-årig qvinna, intagen 3 dagar från början med erysipelas faciei, fanns redan vid inkomsten en pneumoni, som ledde till döden 5 dagar från erysipelas början; sektionen visade dessutom en kronisk skrumpnjure, en fibrös myokardit och höggradig arterioskleros. I det fjärde, en 53-årig man, intagen 2 dagar från början, med erysipelas å ansikte, hjässa och hals och högst 39^0, afled pat. på 8:de dagen; och sektionen visade spridda bronchopneumonier, höggradig hjärtdegeneration och meningealhyperemi. Slutligen afled en pat., som led af kronisk nefrit, å 4:de dagen på grund af en erysipelas å låret med högst $39{,}6^0$.

Anmärkningsvärdt i fråga om erysipelas lokalisation är det stora antal dödsfall vid processens uppträdande å benen, i det icke mindre än 4 af fallen visat en sådan. Samstäldt med de flegmonösa processernas talrikare uppträdande vid processer härstädes, får man nästan det intryck, att prognosen i allmänhet är gravare vid processer här än vid sådana å andra ställen. Fallen äro dock ej så många, att ej tillfälligheter härvid kunna spela en viss rol.

Totalintrycket af denna granskning är, att erysipelas är en synnerligen nyckfull sjukdom, om hvars utbredning man aldrig från första början kan med säkerhet yttra sig. Prognosen är dock i allmänhet god, då fullt friska individer angripas af densamma; komplikationer äro jämnförelsevis sällsynta, qvarstående förändringar af ett eller annat organ, när processen häfts, förekomma ytterst sällan.

Primär Endocarditis acuta valvul. pulmonal.

Af H. Köster.

Ett fall af endocarditis valv. pulmonal. et endarteriitis art. pulmonalis hör till de observationer, man ej ofta får göra; dess förekomst uteslutande å dessa valvler är så sällsynt, att Villigk (Prager Vierteljahrssch. 1866) bland 238 valvelfel endast 2:ne gånger träffade en primär affektion af pulmonalklaffarne, Sperling (Ueber Embolien bei Endocarditis. Inaug. Dissert. Berlin 1872) bland 300 till obduktion komne hjärtfel ej anträffade något enbart sådant, men kombineradt med andra valvelfel 3 fall, och att Weckerle (Ueber akute ulceröse Endocarditis der Pulmonalarterienklappen, Münch. med. Woch. 1886, 32—36) bland 846 endocarditisfall endast i 1,54 % fann sådan å pulmonalisklaffarne, ensamt där i endast 0,59 %. Följande fall torde därför förtjena att offentliggöras.

K. A. 29-årig qv. Int. $^{20}/_{11}$ 93, utskr. $^{8}/_{12}$ 93, ånyo int. $^{12}/_{2}$ 94, död $^{3}/_{4}$ 94.

Anamnes: Patienten har som barn haft god helsa. Som fullvuxen har hon upprepade gånger lidit af polyarthritis rheumatica, första gången mellan 18—20-de året, så vid 23 års ålder; sedan dess har hon tidtals lidit af hjärtklappning. Förra året fick hon ånyo en reumatisk åkomma med svår värk hufvudsakligast i ben och rygg; specielt sedan dess har hennes hjärtverksamhet varit mycket orolig, hon har känt stick och håll midt i bröstet, har lätt blifvit andfådd, isynnerhet i trappor, sömnen har försämrats och störts af ryckningar vid insomnandet, matlusten har blifvit dålig och hon har fallit af tämligen mycket. Någon ansvällning af lederna uppger hon sig ej hafva observerat vid något af de nämda anfallen, men väl stark ömhet och häftig värk i dem.

Hennes sista sjukdom har kommit så småningom och daterar sig enligt patientens åsikt från en förlossning i September detta år, som försiggick normalt och utan efterföljande komplikationer. Utmattad och ansträngd efter densamma under åtskilliga veckor fick hon i slutet af oktober frysningar, som blefvo svårare för hvar dag, samt feber och värk "i hela kroppen", utan att dock lederna svullnade. Tillståndet förblef sådant under 3 veckor, och några dagar före inkomsten tillstötte hosta, hjärtklappning, hufvudvärk i tinningstrakten och nacken.

Status præsens d. $^{27}/_{11}$ 93. Kroppsbyggnaden tämligen god, hull och muskulatur något under medelmåttan, utseendet lidande. Ansiktet blekt, kinderna med en lindrig diffus rodnad, läpparne ej cyanotiska. Tungan starkt belagd, matlusten dålig, sömnen orolig. Urinen fri från ägghvita. Temperaturen, som sedan inkomsten på morgonen hållit sig vid ungefär 37^0—$37{,}5^0$ och på aftonen stigit till omkring $38{,}5^0$, är i dag M. $37{,}2^0$, a. $38{,}6^0$.

Pat. klagar öfver värk, isynnerhet mot qvällarne, i knälederna, fotlederna och smalbenen samt framförallt i venstra glutealregionen och vekryggen därofvanför. Vid hosta känner hon svårt håll och stickningar därstädes, likaså vid rörelser och vid tryck.

Objektift är huden å detta område af normal färg, och på djupet kännes visserligen ej några distinkta tumörer, men väl diffusa, rundade ansvällningar, som specielt ömma. Venerna å halsen ej utspända, bröstkorgen är välbyggd, ingen bombering af hjärttrakten finnes. Å framsidan full och klar ton å lungorna, baktill å höger sida är tonen från spetsen af scapula starkt dämpad, respirationsljudet svagt med sparsamma rassel.

Hjärtat: Relativa dämpningen börjar vid 3:dje refbenets öfre kant, absoluta vid 4:de refbenet, åt höger uppträder relat. dämpning 2,5 ctm. till höger om sterni högra kant (vid inkomsten endast 1 ctm. utanför densamma), absolut först vid venstra sternalkanten. Hjärtstöten synes och kännes i 4:de interstitiet, starkast på en sträcka af ung. 5 ctm., innanför mammillen; den är kraftig, något lyftande; äfven kännas tydliga pulsationer i 3:dje och otydliga sådana i 5:te interstitiet. I 2:dra venstra interstitiet kännes tydligt i ett par ctms utsträckning ett diastoliskt fremissement cataire, som framträder tydligast under exspiriet och till hvilket någon motsvarighet ej finnes å andra delar öfver hjärtat. — Vid auskultation höres öfver spetsen fullt nor-

mala, tämligen starka hjärttoner. Öfver aorta, tricuspidalis och öfriga delar af dämpningsrutan blir 2:dra tonen något suddig, och denna suddighet öfvergår i ett allt tydligare blåsande, ju närmare man kommer 2:dra venstra interstitiet invid sternum. Här är 2:dra tonen ersatt af ett sträft blåsande och skrapande biljud, som sträcker sig genom hela diastole; 1:sta tonen ej alldeles ren, men intet tydligt blåsljud åtföljer densamma. Vid djup inspiration blir blåsljudet försvagadt och liksom aflägsnare, medan det höres bäst vid djup exspiration.

Pulsen är jämn, tämligen låg och mjuk, 120 i minuten.

Från lefver och mjälte intet att anmärka. Ord. Digitalis, Jodkalium, Salic. natr.

Daganteckningar: $^{4}/_{12}$. Hjärtstöten synes och kännes svagare än förut, pulsationer endast i 4:de interstitiet, ej i 3:dje eller 5:te. Hjärtats breddämpning börjar nu 4 ctm. till höger om sterni högra kant. Tonerna å spetsen som förut, snarare något dofva. Öfver pulmonalis höres fortfarande ett diastoliskt blåsljud, utan ton, men det är svagare, tydligast under exspirium; dess sträfva och skrapande karakter är nästan borta. Fremissement cataire borta. Öfver tricuspidalis är 1:sta tonen suddig, 2:de tonen utdragen, följd af ett sträft blåsande biljud, ibland liksom deladt i tvenne afdelningar, dock är detta blåsljud tydligt svagare än öfver pulmonalis. Allmänna tillståndet sämre.

Temperaturen visade hela tiden en remitterande typ med till en början feberfrihet på morgonen och sista veckan omkring 38°, medan qvällstemperaturen nådde upp till närmre 39°.

På egen begäran utgick pat., ehuru betydligt sämre än vid inkomsten den $^{8}/_{12}$, men återkom $^{12}/_{2}$ 94 efter att under hela tiden småningom hafva försämrats.

$^{13}/_{2}$. Vid inkomsten konstaterades ödem i benen och ansiktet samt ascites. Hjärtimpulsen kändes nu något längre ner i 5:te interstitiet och var lyftande, hvarjämte starka pulsationer syntes öfver hela hjärttrakten. Breddämpningen började i 2:dra interstitiet 3, i 4:de 4 ctm. till höger om högra sternalkanten. Vid spetsen hördes nu utpräglad galopprytm med systoliskt blåsljud efter 1:sta tonen och klufven 2:dra ton. Något högre upp framträdde ett systoliskt och ett diastoliskt blåsljud, utdragna och mjuka; öfver pulmonalis och aorta hördes likaledes starka utdragna systoliska och diastoliska blåsljud. Intet fremissmang. Inga pul-

serande halsvener. Lefvern var något förstorad, nådde i mammillarlinien till nafvelplanet.

Å högra lungans nedre bakre del lindrig dämpning, subkrepiterande hårda rassel.

Urinen innehöll nu mycket ägghvita, ända till 1,40 %, sedimentet bestod af hvita blodkroppar, hyalina och epitelcylindrar samt korniga sådana jämte enstaka röda blodkroppar.

18/2. Puls i dag mycket oregelbunden.

19/2. Öfver pulmonalis höres numera konstant ett skrapande biljud, som uppträder midt under det systoliska blåsljudet, ej omedelbart följande 1:sta tonen.

23/2. Kräkningar

3/3. Håll i venstra sidan utan blodhosta; i venstra hypokondriet har uppträdt en dämpning ända fram till mammillarlinien, rassel hördes der, respirationsljudet var svagt, obestämbart.

Tillståndet förblef sedan ungefär detsamma. Blåsljuden, som fortfarande voro starkast öfver pulmonalis, uppfattades dock allt tydligare äfven å öfriga auskultationsställen; på sista tiden tillkom ett egendomligt skrapande knastrande biljud öfver hjärtbasen, hvars natur var svår att bestämma, sannolikt ett gnidningsljud, och som de sista dagarne åter minskades i tydlighet. Noggrannare undersökning förbjöd patientens i hög grad nedsatta och lidande tillstånd. Temperaturen visade hela tiden oregelbundna stigningar till öfver 39°, med endast enstaka feberfria dagar; morgontemperaturen var konstant lägre än qvällstemperaturen.

Pat. afled 3/4.

Sektion: Hjärtsäcken utspänd af fibrinslamshaltig vätska, pericardii ytor ruggiga och ojämna. Hjärtat mäter i bredd 11, i längd 12 ctm., spetsen bildas af venstra kammaren. Vid högra kammarens öppnande framträder en kolossal vegetation, som intar pulmonalisklaffarne och utgår från den nedra valveln. Den är af ungefär dufäggsstorlek, är å ytan ojämt ruggig och sönderklufven delvis med kalkaflagringar i substansen delvis åter af mera lös konsistens. Å de tvenne andra pulmonalisklaffarne äro exkrescenserna betydligt mindre, liksom om stycken afslitits därifrån. Exkrescenserna sitta tämligen löst fästade vid valvlerna; de kunna lätt afskrapas, hvarvid endotelbeläggningen under dem befinnes vara förstörd. Liknande vegetationer finnas, ehuru betydligt mindre, dels å endokardiet i högra kammaren närmast valvlerna, dels å arteria pulmonalis intima. Högra

kammaren är något dilaterad, dess muskulatur mäter 6 mm., tricuspidalisvalvlerna äro utan anmärkning. Foramen ovale är slutet, septum ventriculorum utan öppning. Venstra ventrikelväggen något hypertrofisk, mäter 20 mm., muskulaturen visar lindrig gråstrimmighet. Valvler och mynningar utan anmärkning. I art. pulmonalis båda hufvudgrenar, särskildt i den till högra lungans öfre del och till venstra lungans nedre del gående, finnas större emboliska, vid intima lindrigt fastsittande massor af samma utseende som de å pulmonalisvalvlerna sittande, från hvilka de tydligen härstamma; bakom dem in i lungan äro artererna totalt trombotiserade. Såsom följd häraf te sig äfven hela venstra lungans nedre lob och högra lungans öfre lob som sammanhängande lufttomma infarktmassor med olika färgskiftning å snittytan, från mörkt brunrödt till ljusgult, något ostigt utseende; dessa senare finnas isynnerhet i högra lungans öfre lob, den mörkare snittytan i venstra lungans nedre lob. De öfriga delarne af lungorna luftförande. Pleurahålorna äro fylda af betydlig mängd klar vätska.

I buken finnes en måttlig mängd ascitesvätska. Mjälten mäter i längd 17, i bredd 10, i tjocklek 3 ctm., dess parenkym är fast med egendomliga, ofta stjärnformiga, hvita, ej upphöjda punkter och korta streck i den mörkbruna substansen. Inga infarkter i densamma. Lefvern mäter från sida till sida 23, högra loben framifrån bakåt 24, venstra 17 ctm., tjockleken är 7,5 ctm.; den är fast, dess snittyta visar en riklig bindväfsutveckling och atrofi af centra, hvarjämte fläckvis, isynnerhet i dess periferi, gula öar, omgifna af röda ringar, framträda å snittytan. Gallblåsan fyld af tjock gulgrön galla. Njurarne mäta i längd 13, i bredd 7, i tjocklek 5 ctm.; kapseln lossar lätt, ytan därunder loberad, barkens tjocklek 1 ctm., något svällande, till färgen gulhvit, ogenomskinlig, fast, med här och hvar spridda punktformiga blödningar. Märgen är äfven blek, men skarpt skild från barken. Genitalia och pankreas utan anmärkning. Intet abnormt i venœ femoralis.

Sektionen visade således utom en på slutet tillkommen perikardit en akut endokardit å uteslutande pulmonalisvalvlerna och närmaste delarne af arteria pulmonalis. Denna diagnos hade äfven stälts under lifvet, då symptomen, till en början åtminstone, voro mycket typiska, nämligen: en hastigt åt höger tilltagande hjärtdämpning, tydligen be-

roende på en dilalation af högra hjärthalfvan, ett diastoliskt starkt blåsljud uteslutande öfver art. pulmonalis auskultationsställe i 2:dra venstra interstitiet, som knappast uppfattades å öfriga auskultationsställen och ej fortleddes upp i de stora halskärlen, frånvaro af 2:dra pulmonalistonen samt slutligen en bred kraftig hjärtstöt. Särskildt var blåsljudets uppträdande enbart öfver pulmonalis trots dess ovanligt starka karakter så pass anmärkningsvärdt, att man ej kunde tänka på en fortledning från andra ostier. De slutligen uppkomna embolierna i lungan kunde endast bekräfta diagnosen. I senare stadier grumlades emellertid bilden, och man kunde blifva tveksam om, huruvida processen uteslutande stannat å pulmonalklaffarne eller äfven gripit öfver på andra. Först uppträdde ett starkt blåsljud å tricuspidalis, äfven detta diastoliskt, och senare ett sådant öfver alla auskultationsställen, systoliskt vid spetsen, systoliskt och diastoliskt å andra ställen. Dessa blåsljud voro så kraftiga, att som nämdt tvekan uppstod om deras natur. Att de emellertid endast varit fortledda visade sektionen.

Det först observerade diastoliska blåsljudet visade några egendomligheter, som förtjena att framhållas. Först må nämnas den betydliga skillnad i intensitet, blåsljudet visade vid djup in- och exspiration. Det försvagades högst betydligt vid den förra, blef åter mycket starkt vid den senare. Denna observation har redan förut gjorts af Bernhardt (Ein Fall von Endocarditis ulcerosa an der Arteria pulmonalis. Deutsch. Arch. f. kl. Med. XVIII S 113) och af Gerhardt (Ueber Schlussunfähigkeit der Lungenarterienklaffen, Charité-annalen XVII s. 255.) Utan att känna dessa observationer frapperades jag af den betydliga skillnaden under de olika andningsfaserna. Som möjlig förklaring tänkte jag mig dels en genom exspirationen med dess ökade tryck åstadkommen tryckverkan å den tunnväggiga art. pulmonalis med deraf följande påskyndande af den retrograda blodströmmen in i h. hjärtkammaren, som ju är tjockväggigare och därför mindre influeras af detta tryck än den tunnare arteren, dels möjligen äfven en retraktion af lungan, hvari-

genom ljuden från art. pulmonalis endast hade att passera bröstkorgsväggen och därför framträdde starkare, än då lungan vid djup inspiration sköt sig emellan. Förstnämda förklaringsmöjlighet anför Gerhardt äfven med all reservation. Men frånsedt detta blåsljudets egendomliga förhållande, åtföljdes detsamma mot slutet af ett egendomligt skrapande biljud, som ej hade karakteren af ett gnidningsljud. Hvarpå detta berodde, om det härledde sig från de endokarditiska vegetationerna å pulmonalisklaffarne eller från dem i arteria pulmonalis, är naturligtvis omöjligt att afgöra.

Gerhardt beskrifver i sin nämda uppsats tvenne andra auskultatoriska fenomen; då jag vid tiden för fallets observation ej kände till dessa, kan jag ej bestämdt yttra mig om, huruvida de funnits eller icke; utpräglade torde de dock ej hafva förekommit, då jag trots upprepad auskultation af patienten ej kan erinra mig hafva hört något, som kan påminna om dem. Då dessa symptom torde vara föga kända, torde det i sammanhang med först nämda auskultatoriska fenomen vara lämpligt omnämna dessa med några ord. Det ena är hvad G. kallar *dubbelton i lungartergrenarne,* som han kunnat konstatera i 5 fall, dock endast i ett af dessa med sektion: å alla delar af lungytan, särskildt äfven å de från hjärtat mest aflägsna delarne, såsom t. ex. vid yttre randen af högra skulderbladet, höras tvenne dofva toner som påminna om ljudet i armartererna vid aortainsufficiens; att nämda fenomen ej uppstår i lungvenerna vid mitralisinsufficiens, torde enligt G. bero på, att det vida v. förmaket försvagar v. kammarens tryckverkan, men G. anser det ej omöjligt, att vid en inträffande höggradig hypertrofi af v. förmakets vägg eller vid senvandling af dess intima fenomenet kunde framträda; likaså kan man få höra dubbeltonen rundt hela bröstkorgen vid utbildad väl kompenserad aortainsufficiens, om uppkommen i interkostalartererna eller å annat ställe vågar G. ej afgöra.

Det andra symptomet, *hörbar kapillärpuls i lilla kretsloppet,* har han konstaterat i trenne fall. Det skulle bestå i, att vid auskultation å från hjärtat möjligast aflägsna

ställe, exempelvis ofvannämda skapularrand, vid djupa regelbundna andetag det vesikulära respirationsljudet förstärkes synkroniskt med hjärtsystole och dessemellan försvagas; under en djup inspiration kan en dylik förstärkning observeras 2—4 gånger. Samma symptom har dock äfven observerats vid mitralis- och aortainsufficiens i enstaka fall, i förra fallet genom kapillärpulsation från venområdet, i senare genom hjärtats kraftigare systole. Karakteriska äro dessa fenomen sålunda ej, men torde dock förtjena beaktande.

Ätiologien i fallet torde äfven förtjena några ord. I detta hänseende kunde Gerhardt bland 29 till sektion komna fall konstatera polyarthritis rheumat. i de 7, rheumatismus gonorrhoicus i 1, trauma i 1, puerperium i 1 fall, samt i 2 fall gummösa förändringar. I de öfriga tyckes ej något bestämdt ätiologiskt moment kunna spåras. Hvad nu mitt fall beträffar, så hade pat. upprepade gånger lidit af en akut ledgångsreumatism, första gången 9—11 år före nuvarande insjuknandet, 2:dra gången 3—5 år senare, och uppgaf hon, att hon sedan dess lidit af hjärtklappning utan andra symptom ända tills för 1 år sedan, då hon ånyo insjuknade i en reumatisk åkomma; efter denna tid blef hennes hjärtverksamhet ofta mycket orolig, hon kände stickningar midt i bröstet och blef lätt andfådd, samt blef allt klenare. Efter partus, som förlöpte normalt, var hon klen, men en månad senare fick hon frysningar, som ständigt upprepades, och febern har allt sedan dess fortsatt. Af det anförda synes mig otvifvelaktigt framgå, att pat. före sitt insjuknande lidit af ett hjärtfel, som uppstått såsom följd af hennes förut genomgångna reumatiska affektioner, men på samma gång tyder sjukhistorien på, att det genomgångna puerperiet gifvit anledning till en försämring af den endokardit, hon förut lidit af. Visserligen var puerperiet normalt, men det oaktadt torde det ej kunna betraktas såsom otänkbart, att under detta bakterier inträngt, som funnit en gynnsam jordmån för en vidare utveckling i den förut förhanden varande processen å pulmonalis valvler. Af hvad art åter dessa bakterier varit, har ej kunnat bestämmas.

Fall sådana som det föreliggande äro ytterligt sällsynta. Af de af Gerhardt anförda fallen med sektion visade endast 15 uteslutande förändringar i pulmonalisklaffarne; i de öfriga voro äfven andra valvler, nämligen dels aorta- dels mitralisvalvlerna, förändrade. Hvad anledningen till detta pulmonalisklaffarnes sällsynta angripande beträffar, torde man ega rätt söka denna dels däri, att i högra kammaren syrefattigare blod cirkulerar, till följd hvaraf jordmånen blir ogynnsam, då de bakterier, som föranleda endokarditiska processer, i allmänhet äro aeroba, dels äfven i mekaniska förhållanden, genom hvilka lesioner lättare uppstå å venstra halfvans valvler än i högra kammarens. (Detta enligt Weckerle. Über akute ulceröse Endokarditis der Pulmonalostienklaffen. Münch. med. Woch. 1886. 32—36. Ref. i Centr. f. klin. Med. 1887 s. 179).

I den skandinaviska litteraturen har jag endast kunnat finna ett fall beskrifvet af Fenger (Nord. med. Arch. 1873), i hvilket några dittills offentliggjorda fall finnas omnämda.

(Från Sahlgrenska sjukhusets medicinska afdelning).

Om färgning af blod för kliniskt ändamål.

Af

Arnold Josefson.

Med. Kand.

Fördelarne af att redan under lifvet kunna göra undersökningar på blodet ligga i öppen dager. Man har länge nöjt sig med att därvid 1) studera det ofärgade blodet makro- och mikroskopiskt samt 2) göra blodkroppsräkningar och hämoglobinbestämningar. Men att för kliniskt behof göra undersökningar på blod i härdadt och med konst färgadt tillstånd har först möjliggjorts genom Ehrlichs uppfinnande af den därtill erforderliga metoden. Och genom denna uppfinning har E. öppnat vägen till ett nytt och stort verksamhetsfält.

Redan 1878 redogjorde E. inför fysiologiska sällskapet i Berlin för sina undersökningar öfver blod i härdadt och färgadt tillstånd, och kort därpå utgaf han dem äfven i tryck. [1]) E. har sedan dess förbättrat sin undersökningsmetod, framför allt förenklat den. På XI:te kongressen för inre medicin i Leipzig 1892 omtalar han nämligen, att han nu funnit ett sätt att med endast *en* färgningsvätska förskaffa sig preparat af blod, fullt tillfredsställande för studier i kliniskt ändamål.

Härdning och färgning tillgå enligt E. på följande sätt [2]): Man förskaffar sig en droppe blod från t. ex. ett förut väl rengjordt finger och utbreder denna hastigt mel-

---

[1]) Über die specifischen Granulationen des Blutes.

[2]) Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, XI:ter Congress 1892.

lan 2 tunna, rena (framförallt fettfria) täckglas, hvilka därefter försiktigt dragas isär med pincetter, ej med fingrarne, emedan genom värmeutstrålning från dessa blodkroppsformen lätt förändras. Preparatet får sedan lufttorka, hvarefter det 1—2 minuter upphettas på ett kopparbleck till 120°—130° C. Beqväm är äfven Nikiforoffs metod att i stället för att upphetta låta preparatet ligga 2 timmar i en blandning af lika volymer absolut alkohol och eter. Sedan genom ofvannämda manipulationer fixeringen verkstälts, är preparatet färdigt att färgas.

I 2 à 3 minuter får det ligga i nedanstående färgvätska.

Mättade lösningar af	Orange G	120—135	kbcm.
	Syrefuchsin	80—165	„
	Metylengrönt	120	„
därtill	Aqua dest.	300	„
	Spiritus conc.	200	„
	Glycerin	100	„

Preparatet afsköljes i vatten, torkas och inlägges i kanadabalsam. I ett sådant preparat är hämoglobinet färgadt orange, kärnorna gröna (i olika intensitet), de eosinofila cellerna kopparfärgade, de neutrofila violetta.

Gabritschewski använder följande metod för att framställa öfversiktspreparat af blod. Sedan preparatet i 5 minuter legat i eter-alkohol, lägges det 5 minuter i en 1 % alkoholisk eosinlösning, sköljes i vatten och lägges sedan i metylenblått-vattenlösning ett ögonblick, afsköljning i vatten etc.

Själf använder jag en metod, hvilken har fördelen af att taga än mindre tid. Det lufttorkade preparatet föres hastigt genom spritlågan 3 gånger, neddoppas i eter-alkohol och får sedan lufttorka. Därefter lägges preparatet i 2 % vatteneosinlösning, afsköljes hastigt i vatten, får torka, lägges $^1/_2$ minut i metylenblått-vattenlösning, afsköljes i vatten, torkas och inlägges i kanadabalsam. Hela beredningen tager ej 5 minuters tid. Genom preparatets förning genom spritlågan förändras formen hos de röda blod-

kropparne något, men de upptaga eosinet lika begärligt som förr. Färgningen lämpar sig därför icke, i fall man noggrannt vill studera de röda blodkropparne, hvilkas form man enligt mitt förmenande bäst granskar i det ofärgade blodet; hvad åter beträffar leukocyterna, färga i all synnerhet de eosinofila sig mycket vackert, ja, vackrare än med någon annan af mig pröfvad metod. Emedan just de eosinofila cellerna varit hufvudföremål för mina studier, har jag användt denna så enkla och snabba metod, hvilken med rätta gör skäl för namnet: "snabbfärgning". Klokast gör man otvifvelaktigt i att granska preparatet straxt efter dess beredning, emedan eosinfärgningen ganska snart försvinner.

Kommer nu till alla dessa metoder såsom gemensamt, att man kan förvara torkpreparatet länge, utan att detta nedsätter dess färgbarhet, måste man medgifva, att detta sätt att förskaffa sig färgade blodpreparat till studier för kliniskt ändamål är särdeles praktiskt.

Tack vare just ofvannämda Ehrlichs undersökningar har en ny indelning af de i blodet förekommande formbeståndsdelarne blifvit gjord. Såväl de hvita som de röda blodkropparne hafva uppdelats i diverse grupper, hvilka dels endast förekomma i patologiskt förändradt blod, dels i normalt sådant. — Jag vill här nedan helt kort redogöra för de olika former, man sålunda har skilt åt.

A. Röda blodkroppar (Erytrocyter)

1) Utan kärna.	2) Med kärna.
α) normala former.	α) normoblaster = af normal storlek.
β) mikrocyter = abnormt små.	β) megaloblaster = abnormt stora.
γ) megalocyter = abnormt stora.	γ) mikro- eller poikilo-blaster = abnormt små.
δ) poikilocyter (Quincke) = abnorma till formen för hvilka Ehrlich föreslagit namnet schistocyter.	

B. Hvita blodkroppar (Leukocyter):

Morfologiskt indelas de i [1]):

1) Små lymfocyter, hvilka äro så stora som normala erytrocyter, och hvilkas kärna är stor och omgifven af endast ett tunnt hylle af protoplasma. Kärnan färgas intensift af anilinfärger.

2) Stora lymfocyter, hvilka i allmänhet äro dubbelt så stora som föregående; kärnan relatift mindre, protoplasmamassan större. Enligt Virchow härstamma båda dessa former från lymfkörtlarne; grupp 2 utvecklas ur grupp 1.

3) Den s. k. mononukleära öfvergångsformen. Kärnan med en mer eller mindre uttalad insnörning; protoplasman svagt kornig (tecken på neutrofil kornighet).

4) De polynukleära leukocyterna, hvilka skola utvecklas ur cellerna i grupp 3, och hvilka ega en egendomlig polymorf kärnfigur, bildad därigenom, att en relatift långsträckt kärna ligger anordnad i form af ett V, Y, Z, eller E. Under inflytande af vissa reagens kan den sönderfalla i flera smådelar [2]); däraf olämpligt nog namnet polynukleär.

Ehrlich har indelat leukocyterna allt efter deras förhållande till anilinfärger [3]).

Dessa senare hafva nämligen af E. blifvit uppdelade i flera grupper:

1) Sura, där den färgande ingrediensen utgöres af en syra — De sura åter indelas i α) sådana, hvilka äfven färga i koncentrerad glycerinlösning (ex. starkt sura fluoresceïner ss. tetrabromfluoresceïn = eosin, starkt sura nitroföreningar såsom pikrinsyrade salter, sulfosyror såsom indulin, malakitgrönt, metylviolett etc.) och β) sådana, hvilka endast färga i vattenlösning (ex.: chrysolin, pikrinsyrad ammoniak, orange etc.)

---

1) v. Limbeck. Grundriss einer klin. Pathol. des Blutes 1892.

2) Ehrlich. Über die Bedeutung der neutrophilen Körnung Charité-Annalen Band XII.

3) Ehrlich. Farbenanalyt. Untersuchungen zur Histologie u. Klinik des Blutes 1891.

2) Basiska, bildade genom en färgbas'-förening med en indifferent syra (ex.: ättiksyrad rosanilin = fuchsin, bismarckbrunt etc.) och

3) Neutrala, bildade genom förening af en sur och en basisk anilinfärg (ex.: pikrinsyrad ammoniak + ättiksyrad rosanilin).

Ehrlich indelar nu, såsom redan sagts, leukocyterna, allt efter det de färgas i ena eller andra gruppen anilinfärger, i följande grupper:

α) *acido-* eller *eosino-fila* (= M. Schulzes storgranulerade celler): starkt ljusbrytande, grofkorniga (α-korn eller -granulæ), vanligen 1, men äfven 2—3 kärniga (d. v. s. polynukleära) leukocyter, hvilka endast låta färga sig af sura anilinfärger.

β) *indulinofila:* en underafdelning af α).

Vattenrikare än de eosinofila svartfärgas deras korn (β-korn) af indulin i en eosinindulinlösning.

γ) *Mastzellen:* fingranulerade leukocyter, hvilkas korn (γ-korn) endast färgas af basiska anilinfärger (dock ej hvilka som helst eller huru som helst). Bäst färgas de af en blandning af en mättad spritlösning af 50 kcm. dahlia och 100 kbcm. aqua dest. samt 10—12,5 kbcm. isättika (Ehrlich).

δ) *basofila:* vanligen mononukleära, hvilkas korn (δ-korn) endast färgas af basiska anilinfärger.

ε) *neutrofila:* finkorniga leukocyter med en (vanligen insnörd) eller flera kärnor (d. v. s. polynukleära), hvilkas korn (ε-korn) endast färgas af neutrala anilinfärger.

Af dessa förekomma ej enl. E. γ- och δ-gruppen i normalt blod; de öfriga finnas där och af dem i största mängd ε-gruppen.

Utom dessa arter leukocyter har uppstälts ännu en, de s. k. *Markzellen* (enligt Müller [1]) analoga med Cornils [2]) cellules medullaires), hvilka enligt en mängd forskare såsom

---

[1]) Zur Leukämiefrage. Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd 48.

[2]) Archiv. de physiol. norm. et pathol. III:e Série. Tom 10. 1887.

Virchow [1]), Löwit [2]), Roux [2]) m. fl. anses karakteristiska för leukämi. De äro mycket stora, mononukleära leukocyter utan amöboïd rörelseförmåga och äro dels eosino-, dels neutro-fila.

Gabritschewski [3]) har i vissa fall lyckats att medelst jodgummilösning få fram en glykogenreaktion hos en del leukocyter. — Utan att lyckas, har jag flera gånger sökt få fram densamma.

Hvad nu särskildt beträffar den grupp af leukocyter, som Ehrlich gifvit namnet eosinofila celler, hafva dessa under det sista decenniet varit föremål för granskning af flera olika forskare. Innan jag vill redogöra för dessa cellers natur och förekomst, vill jag i korthet nämna något om, hvad man nu för tiden menar med en granulerad cell, och hvad med granulæ.

Ehrlich påvisade, ungefär samtidigt som Waldeyer fann sina s. k. plasmaceller, en del celler, hvilka af anilinfärger färgades metakromatiskt d. ä. i en annan nuance än den använda färgen (en basisk anilinfärg). Af grundade skäl skilde E. dessa från Waldeyers plasmaceller och kallade dem granulerade celler. Han ansåg dessa senare härstamma från de fixa bindväfscellerna, åt hvilka tillförts riklig näring, och betecknade dem därför äfven med namnet "Mastzellen". Men de celler, i hvilkas protoplasma han med anilinfärger lyckades färga små korn, de s. k. granulæ, kallade han specifika granulationer [4]). Dessa förekommo rikligt i blod och blodberedande organ, och E. lyckades snart påvisa en mängd olika specifika granulationer här (se ofvan). E. begränsade vidare uttrycket granulerad till endast de celler, hvilka under lifvet innehöllo substanser, kemiskt differentierbara från cellens normala ägghviteämnen. Altmann [5]) har ungefär samtidigt med, att Ehrlich gjorde

---

1) Cellularpathologie 1871.
2) v. Limbeck Grundriss einer klin. Pathologie des Blutes 1892.
3) Archiv f. exp. Path. Bd. 28.
4) Verhandlungen der physiol. Gesellschaft zu Berlin 1878—79. No. 20. Über die specifischen Granulationen des Blutes.
5) Über die Elementarorganismen u. ihre Beziehung zu den Zellen.

sina undersökningar, noggrannt studerat cellens byggnad och struktur, därvid visande, att granulæ förekomma i nästan alla celler. Med orätt har han dervid sökt tillvälla sig en del af den ära, som med rätta bör tillerkännas Ehrlich. Altmann ansåg granulæ såsom viktiga integralbeståndsdelar af all cellprotoplasma och såsom cellens enklaste påvisbara beståndsdelar [1]). Sedan han förkastat sin första benämning på dem: "ozonophorer," gaf han dem namnet "bioblaster". De af Ehrlich påvisade specifika granulationerna ansåg A. nu ej innehålla annat än just bioblaster, hvilka i följd af en för dem egendomlig omvandling än läto färga sig med en än med en annan anilinfärg. E. anser sig emellertid hafva öfverbevisat honom [2]) och påstår fortfarande, att de af honom med hjälp af anilinfärger påvisade specifika granulationerna verkligen äro specifika. Weiss [3]) uttalar sig med stor bestämdhet för Altmanns åsikt, därvid sägande: "Die Altmannsche Bioblastenhypothese erklärt hinreichend das Entstehen aller jener Arten von granulirten Zellen, deren specifische Darstellungs- und Tinctionsweise entdeckt zu haben Ehrlich für alle Zeiten vorbehalten sein wird."

Huruvida granulæ böra uppfattas såsom produkter af en för cellen specifik sekretorisk verksamhet, därom har A. ej yttrat sig; Ehrlich anser (se nedan), att de just bildas så, i likhet med de s. k. paraplasmatiska substanserna (ex.: fett, pigment), hvilka numera anses uppstå på sådant sätt.

Största intresset bland de i blodet förekommande granulerade cellerna hafva de eosinofila onekligen tilldragit sig. Vid deras granskning frågar man sig nu: "af hvilken natur äro de, hvar bildas de, hvar och när förekomma de?"

Angående naturen af granulæ hos de eosinofila cellerna har man ännu långt ifrån kommit till full klarhet. Ehrlich

---

[1]) Lukjanow. Pathologie der Zelle 1891.

[2]) Farb. analyt. Untersuch. zur Histologie u. Klinik des Blutes 1892 pag. 132.

[3]) Wiener medizin. Presse. Jahrg. 32. Das Vorkommen u. die Bedeutung der eosinophil. Zellen u. ihre Beziehung zur Bioblastentheorie Altmann's. 1891.

och Schwarze[1]) hafva genom sina undersökningar lyckats fullt utesluta möjligheten af, att de utgöras af fint fördeladt fett eller hämoglobin, något som man lätt är frestad tro, det förra i följd af deras storlek och glans, det senare, emedan de låta färga sig af eosin, hvilket ju prydligt färgar de röda blodkropparne, Vid de undersökningar, jag i detta hänseende varit i tillfälle att göra, har jag kommit till samma resultat som E. och Schwarze. Möjligheten af att granulæ, hvilka aldrig förekomma i kärnan, äro ägghvitekroppar, anser E. särdeles liten. Mot det, att granulæ verkligen äro ägghvitekroppar, tyckes mig nedanstående tala. Vid försök att, sedan preparatet legat 5 minuter i en utspädd lösning ättiksyra eller en d:o natronlut, färga de eosinofila cellerna, lyckades jag; de röda blodkropparne upptogo dervid ej längre eosinet.

Ehrlich kommer till den slutsatsen, att granulæ äro uttryck för en specifik sekretorisk verksamhet hos ifrågavarande eosinofila celler. Att granulæ vidare äro uttryck för en degenerativ process hos den eosinofila cellen, tror sig Maragliano[2]) hafva påvisat.

Rénaut m. fl. hafva påvisat, att de eosinofila cellerna bildas genom amitotisk delning af likadana celler.

De eosinofila cellerna förekomma i blodet under normala förhållanden i tämligen ringa mängd; i största antal finnas de i benmärgen, där de enligt Ehrlich m. fl. äfven bildas. Äfven i mjälten finner man dem, ehuru i ringa mängd. I sputum hos astmatiker hafva de påvisats af Müller och Gollasch[3]) och sedan af Fink[4]) och Gabritschewsky[5]). Själf har jag gjort samma observation (Fall 16). Ad. Schmidt[6]) har påvisat dem i näslemhinnans sekret under det astmatiska anfallet. Gollasch har emellertid sedermera äfven funnit dem i sputum vid

---

[1]) Über eosinophile Zellen. Inaugural-Dissertation 1880.
[2]) Beiträge zur Pathologie des Blutes.
[3]) Fortschritte der Medicin 1889 No. X.
[4]) Fink. Inaugur.-Dissert. Elberfeld 1890
[5]) Arch. für experiment. Pathol. u. Pharmacie. Klinische hämatologische Notizen.
[6]) Centralblatt f. klin. Med. 1891.

bronkiter; Weiss[1]) fann dem i en del sputa vid kronisk lungtuberkulos. I var från abscesser och empyem har jag ej lyckats finna eosinofila celler; Weiss[1]) har däremot funnit sådana i gonorrhoiskt var straxt i början af sjukdomen. Schaffer[2]) har funnit dem i thymus.

Angående den mängd, i hvilken de eosinofila cellerna förekomma i blodet, är det naturligtvis mycket svårt att exakt yttra sig, då ju ännu ingen fullt tillfredsställande metod att qvantitatift bestämma de eosinofila cellerna är uppfunnen. Müller och Rieder[3]) hafva visserligen anstält räkningar af dylika celler i blodet samt uppstält en mängd siffror, hvilka emellertid Weiss[1]) icke godkänner, emedan han — och hvem undrar på det? — anser deras metod "ganz unzuverlässig". De gingo nämligen tillväga på följande sätt: Öfre kanten af det täckglas, på hvilket de i tunnt och jämt lager utbredt blodet, inställdes i synfältet, hvarefter de långsamt och jämt sköto täckglaset i riktning uppifrån-nedåt, tills undre kanten blef inställd, därvid räknande 1) alla leukocyter, de sågo, 2) dessutom alla eosinofila celler. Förhållandet mellan talen tillämpades sedan på de i blodet i sin helhet förekommande leukocyterna.

Rationelast är nog f. n. att *då* tala om en förökning, när man i flera blodpreparat från samma fall funnit stora mängder af eosinofila celler. Om en förminskning är ännu svårare att tala; en fullständig frånvaro af dem öfverensstämmer ej med normala förhållandet.

Gollasch[4]) uppskattar antalet eosinofila celler i blodet till 5 à 10 % af alla leukocyter därstädes; v. Limbeck[5]) till 2 à 8 %.

Sitt ursprung skulle de eosinofila cellerna enligt Ehrlich m. fl. leda från den röda benmärgen, där de ju före-

---

[1]) Wiener mediz. Presse. Jahrg 32. Das Vorkommen u die Bedeutung der eosinophilen Zellen etc.

[2]) Eulenburg. Realencyclopedie. "Blut." pag. 548.

[3]) Archiv f. klin. med. Bd. 48.

[4]) Friedländer-Eberth mikrosk. Technik. Berlin 1889.

[5]) v. Limbeck. Grundriss einer klin. Pathol. des Blutes 1892.

komma i särdeles stor mängd. Müller och Rieder [1]) skilde emellertid en stor mängd af de i benmärgen förekommande eosinofila cellerna från de i normalt blod förekommande på grund af 1) deras storlek, 2) olikheter i kärnfiguren, 3) olikhet med afseende på de amöboida rörelserna. Dessa borde därför inrangeras under de s. k. Markzellen (se indelningen). De uppställa vidare den möjligheten, att just genom delning af dessa stora s. k. Markzellen blodets eosinofila celler skulle bildas, men anmärka därvid, att just den rika förekomsten af dessa celler i benmärgen kanske lika mycket talar för, att denna är aflagrings- som produktions-plats för dem. Weiss, [2]) hvilken i det hela taget betydligt underkänner värdet (se nedan) af M. och R:s undersökningar — och detta kanske med skäl —, gillar icke denna uppdelning af de i benmärgen förekommande eosinofila cellerna.

Ehrlich och Schwarze [3]) uttala den åsikten, att en förökning af de eosinofila cellerna antyder en kronisk förändring hos de blodberedande organen.

Vore nu benmärgen verkligen det ställe, där ofvannämda celler bildades, borde man vänta, att sjukliga förändringar i densamma medförde rubbningar i mängden af de i blodet förekommande eosinofila cellerna. Så är äfven fallet.

Ehrlich beskrifver ett fall af svår, posthämorragisk anämi, [4]) i hvilket han i blodet ej kunde påträffa en enda eosinofil leukocyt. Benmärgen i femur var i detta fall i öfre ändan rent svafvelgul, i undre rödgul. Själf har jag observerat 3 fall af perniciös anämi, af hvilka 2 med letal utgång, där jag i blodet ej kunde påträffa en enda eosinofil cell (Fall 1—3). I ett fall (1) var jag i tillfälle att uudersöka benmärgen mikroskopiskt 7 timmar post mortem

---

[1]) Deutsch. Arch. f. klin. med. Bd. 48. Über Vorkommen u. klin. Bedeutung der eosinophilen Zellen im circulirenden Blute des Menschen.

[2]) Se föregående sidas not 1).

[3]) Ehrlich. Farbenanalyt. Untersuch. des Blutes 1891.

[4]) Über einen Fall von Anämie mit Bemerkungen über regenerative Veränderungen des Knochenmarcks. CharitéAnnalen 1888.

och kunde därvid ej heller här påträffa någon enda eosinofil cell.

Vid anämier af icke perniciös natur (vid tuberkulos, cancer, ulcus ventriculi etc.) har jag däremot alltid påträffat dem. Att deras fullständiga frånvaro i ofvannämda 3 fall, där ju benmärgen undergått betydliga sjukliga förändringar (i N:o 1 o. 3 styrkt af sektion), talar för, att de eosinofila cellerna bildas i benmärgen, är odisputabelt, då ju en förstöring af samma medfört just det, att dessa celler ej förekomma i blodet eller i benmärgen (Fall I). Dock är antalet undersökta fall ännu mycket för litet för att draga konseqvenser i allmänhet; skulle det däremot visa sig, att i än flera fall af perniciös anämi de eosinofila cellerna i blodet saknas, kan man kanske hoppas att just däri hafva funnit ett karakteristicum för denna etiologiskt så föga kända sjukdom. Och att en därvid tidigt satt diagnos är af stor vikt för behandlingen af det ifrågavarande fallet behöfver ej påpekas. — Müller o. Rieder[1]) beskrifva emellertid ett fall af pern. anämi med eosinofila celler i blodet (0,48 %).

Hvad nu beträffar andra sjukdomar, där benmärgen på ett eller annat sätt intresseras, har jag varit i tillfälle att studera flera fall (8—14). v. Limbeck har i dylika fall ej funnit någon förökning af de eosinofila cellerna. I fall 9—12 har jag därvid observerat leukocytos samt riklig förekomst af eosinofila celler. I fall 14, osteomyelitis femoris acuta, var jag i tillfälle att undersöka blodet före och efter operationen, men i intet fall fann jag någon riklig förekomst af de eosinofila cellerna. Före operationen förefanns stark leukocytos (41° C.).

Man bör emellertid äfven kunna vänta sig förändringar i blodet vid sjukdomar i mjälten, hvilken ju räknas till de s. k. blodberedande organen. I 2 fall (N:o 4, 5) har jag därför undersökt blodet vid akut mjältansvällning (vid Febris typhoides); de eosinofila cellerna voro ej förökade.

---

[1]) Archiv f. klin. Med. Bd 48.

Weiss[1]) uppgifver ett liknande fall. I ett fall af tumor lienis post malariam, där en stark leukocytos förekom, fann jag de eosinofila cellerna betydligt förökade (Fall 6). Weiss[1]) beskrifver ett liknande fall utan förändring i de eosinofila cellernas mängd. I ett fall af malaria kunde jag ej finna någon förökning (fall 7); Aldehoff[2]) har emellertid 3 gånger funnit sådan vid malariafall.

Ehrlich och Schwarze[3]) visade, att i flera fall af leukämi de eosinofila cellerna voro betydligt förökade och ansågo detta därför såsom regel vid leukämi. Detta har bekräftats af flere forskare, bl. a. v. Jacksch[4]), hvilken anser en sådan förökning af nämda celler såsom ett kriterium på en börjande leukämi. Och kan detta senare styrkas från ännu andra håll, skulle man ju däri hafva funnit ett differentialdiagnostiskt hjälpmedel mellan leukämi och leukocytos.

Att man ännu ej är fullt på det klara med, hvarifrån de eosinofila cellerna leda sitt ursprung, visas ju tydligt af ofvanstående upptagna fall, hvilka ju än tala för än emot Ehrlichs påstående, att de eosinofila cellerna skulle bildas i den röda benmärgen. Så äro ju i t. ex. fall 1, 2 o. 3 de eosinofila cellerna alldeles borta, samtidigt som vi uti benmärgen hafva de för perniciös anämi karakteristiska förändringarne, något som talar för E:s åsikt; mot densamma talar kanske fall 9, där de eosinofila cellerna ej befinnas förökade, ehuru vi, — låt vara i en liten del — hafva en inflammation i benmärgen af akut natur. I det senare fallet kunde man ju ganska väl vänta sig en förökning af de eosinofila cellerna i blodet. Att åter mjälten i ett eller annat afseende skulle stå i något slags förhållande till förekomsten af de eosinofila cellerna, framhålla ju, såsom framgår af ofvan, flera forskare. I det af mig beskrifna fall 6, där vi ej kunna vänta oss några förändringar i ben-

---

1) Wiener mediz. Presse Bd 32.
2) Prag. med. Wochenschr. 1891.
3) Farbenanalyt. Untersuch. 1891.
4) Klin Diagnostik inner. Krankh. Wien u. Leipzig 1889.

märgen, få vi ytterligare stöd för ett sådant antagande, ehuru man måste medgifva att fallet just med afseende på denna fråga förlorar i värde, så länge benmärgen ej är undersökt. Och slutligen, skulle man ej med afseende på de eosinofila cellernas bildning kunna tänka sig, att mellan benmärg och mjälte en hittills okänd vexelverkan förefunnes?

Att emellertid de blodberedande organen och särskildt benmärgen äro de ställen, der de eosinofila cellerna uteslutande bildas, däremot tyckas mig de fall af Asthma bronchiale tala, där utan några påvisbara förändringar i benmärg eller mjälte stor förökning af de eosinofila cellerna påvisats. På sista tiden har från flera håll framkastas den möjligheten, att ofvan beskrifna celler dels kunde bildas hvar som helst, dels vore f. d. bindväfsceller. Denna tanke är otvifvelaktigt ett: "gif akt" och förtjenar att i framtiden noga granskas.

Alla ofvanstående spörsmål kunna onekligen synas tämligen teoretiska, och mången praktiker, som förut icke sysslat med dessa histologiska studier, kommer nog länge att fortfarande nöja sig med de tills dato använda metoderna att undersöka blodet. Men för att kunna komma till resultat om betydelsen af de eosinofila cellernas förekomst i olika mängder, måste man stödja sig på statistik öfver undersökta fall. Hvarje uppgift i sjukdomshistorien, — naturligtvis i främsta rummet vid sjukdomar i blodet eller de blodberedande organen, — om blodets beskaffenhet (undersökt med någon af ofvannämda metoder) är därför af värde. Och hvad särskildt då t. ex. mjälten beträffar, finnas ju nu för tiden tillfällen att göra dylika undersökningar före och efter detta organs exstirpation.

Kunna vi då en gång genom en så enkel metod som denna bestämdt afgöra naturen af en anämi eller skilja en leukocytos från en börjande leukämi, hafva vi ej blott gagnat vetenskapen; den praktiserande läkaren har fått ett nytt och lämpligt understöd vid ställandet af sin diagnos.

Fig. I.

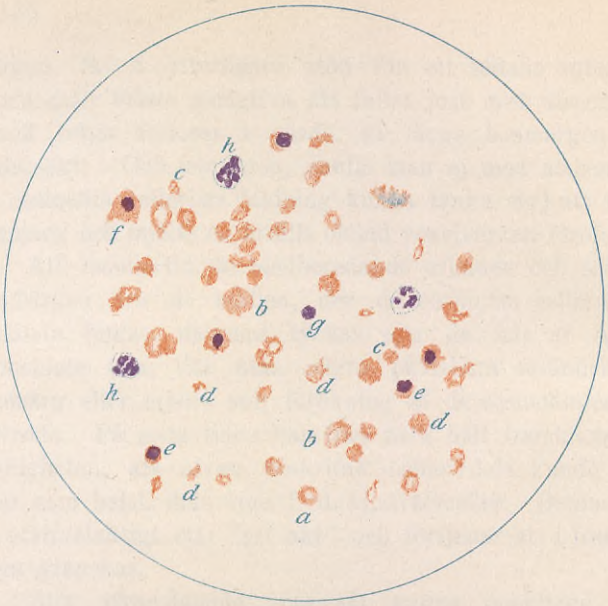


Fig. II.

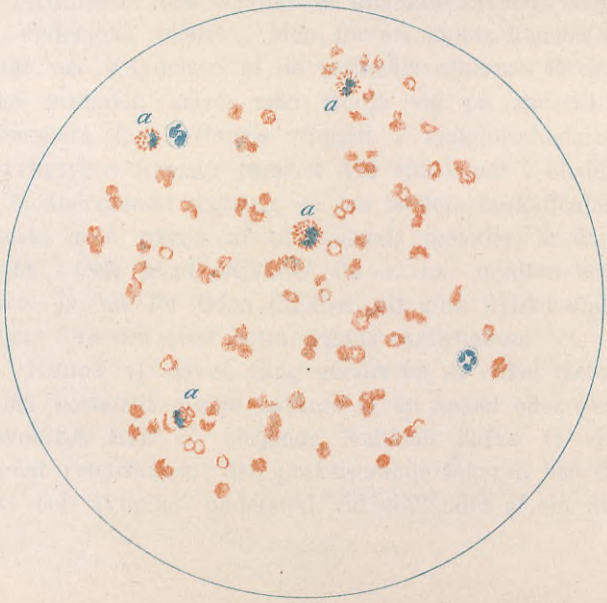


Fig. III.

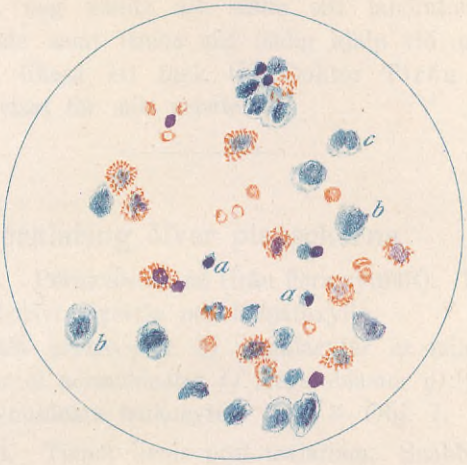
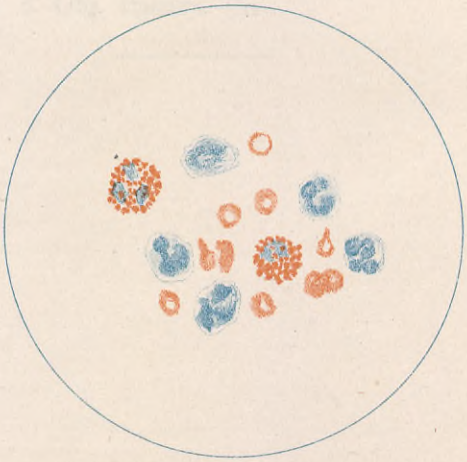


Fig. IV.



Till sist ber jag få uttala mitt tack till Doktor Köster, hvilken varit nog vänlig att ställa sitt laboratorium till mitt förfogande samt lemna mig nödig hjälp vid mina undersökningar; likaså ett tack till Doktor Tirén för det intresse han visat för mitt arbete.

Förklaring öfver planscherna:

I. Blod. Perniciös anämi (från flera synfält). Färgadt med eosinkarbolsyreglycerin och hämatoxylin.

a) normala erytrocyter *b)* megalacyter *c)* mikrocyter *d)* schistocyter *e)* normoblaster *f)* megaloblaster *g)* lymfocyt (liten) *h)* polynukleära leukocyter. Ok. 3. Obj. 7.

II. Blod. Tumor lienis post malariam. Snabbfärgadt med eosinmetylenblått. *a)* eosinofila celler. Ok. 3. Obj. 7.

III. Benmärg. Cancer ventriculi. Snabbfärgadt. *a)* lymfocyter (små) *b)* lymfocyter (stora) *c)* mononukleär öfvergångsform. Ok. 3. Obj. 7.

IV. Blod. Asthma bronchiale (under anfall). Snabbfärgadt. Ok. 3. Obj. Immers. $^1/_{12}$.

Fall:		Diagnos:	Eosinofila celler i blodet:	Anmärkningar:	Mjälte:	Benmärgen (från tibia):
1	36 år. Qvinna †	Anæmia perniciosa progressiva cum degeneratione medullæ spinalis.	0		11×6×3 ctm. Pulpa lös, lifligt rödfärgad.	Röd, gelatinös utan fett. Inga eosinofila celler påträffade.
2	47 år. Qvinna	Anæmia perniciosa progressiva + Enterocolitis chron.	0		Ej förstorad.	
3	29 år. Man †	Anæmia perniciosa progressiva.	0		Ej förstorad.	(Från sternum och en af kotorna). Här och hvar gulprickig, med inströdda öar af hyalint utseende och gråviolett färgton.
4	40 år. Qvinna	Febris typhoides.	ej förökade.	41° C.	Till främre axillarlinien.	
5	26 år. Qvinna	Febris typhoides.	ej förökade.	39° C.	Framom främre axillarlinien.	
6	31 år. Man	Tumor lienis post malariam	i *betydligt* stor mängd.	Stark leukocytos	Palpabel under bröstkorgsranden och öfverskridande främre axillarlinien.	
7	29 år. Man	Malaria	ej förökade.	blodet undersökt vid både frysning och feber.	Ej förstorad.	

8	30 år.	Qvinna †	Intoxicatio phosphorea.	ej förökade	undersökt 2 dar eft. P:s intagande	12×7×3 ctm.	Ej undersökt.
9	47 år.	Man	Osteitis tibiæ (opererad)	i riklig mängd.	Leukocytos.	Ej förstorad.	
10	47 år.	Man	Pseudarthrosis tibiæ (opererad).	i riklig mängd.			
11	67 år.	Qvinna	Cancer colli + Fractura femoris.	i riklig mängd.			
12	8 år.	Gosse	Fractura femoris.	i riklig mängd.			
13	14 år.	Flicka	Osteomyelitis femoris acuta.	tämligen få.	Leukocytos (stark) före operation 41° C.		
13a	14 år.	Flicka	Osteomyelitis femoris acuta.	tämligen få.	3 dagar efter operation 37,5° C. Ej leukocytos i utpräglad grad.		
14	53 år.	Qvinna †	Cancer ventriculi.	ej förökade.	Stark leukocytos	12×8 ctm.	Innehåller rikligt med eosinofila celler.
15	34 år.	Man †	Nephritis parench. amyloid. + Enterocolit. acuta diphteritica + Hydropericardium + Degeneratio cordis + Degen. amyloid. *lienis* et hepatis	0		12×7 ctm. Amyloiddegenererad.	0 eosinofila celler.
16	41 år.	Qvinna	Asthma bronchiale.	i riklig mängd under anfallen, annars ej.	Eosinofila celler i sputum.	Ej förstorad.	

Om guajakolbehandling af feber.

Af

H. Köster.

För ungefär 1 år sedan (Mars 1893) gjorde Sciolla i Genua den öfverraskande observationen, att vid inpensling af guajakol å huden hos patienter med feber denna inom kort sjönk betydligt. Vid olika sjukdomar, särskildt tuberkulos, inträdde sålunda efter inpensling af 2—10 kbctm. och det inpenslade områdets täckande med lufttätt slutande förband en sänkning af förhandenvarande febertemperatur om flera grader; denna sänkning inträdde under riklig svettning inom 3—4 timmar, utan att allmänna tillståndet rubbades eller puls eller respiration visade någon anmärkningsvärdare förändring och utan att från njurarnes eller hudens sida skadliga följder visade sig. Sciolla använde ända till 30 grm dagligen.

Det var naturligt, att ett sådant meddelande skulle väcka berättigadt uppseende. då, om uppgifterna visade sig riktiga, man häri hade ett beqvämt och alltid användbart medel att sänka höga febertemperaturer utan obehag eller risk att skada patienterna. En hel rad försök hafva också därför utförts, hvilka alla nästan utan undantag bekräftat Sciollas uppgifter i fråga om den efter påpenslingen inträdande sänkningen af temperaturen, men som däremot å andra sidan visat, att medlet ej var så ofarligt, som af dessa uppgifter tycktes framgå.

En öfversikt af de af åtskilliga författare vunna resultaten finnes i Therapeutische Monatshefte för 1894 sid. 409; men utom de där nämde författarne hafva en hel rad andra äfven lemnat bidrag till frågan. Originaluppsatserna hafva

ej stått mig till buds, hvarför jag tillåter mig med ledning af nämda referat och referat i Centralbl. für klin. Medicin lemna en kort öfversikt öfver, hvad de hittills utförda försöken gifvit vid handen.

Nästan alla författare utan undantag hafva konstaterat, att verkan af en dylik inpensling är säker, kraftig och konstant; Gilbert uppger dock dess verkan såsom ej konstant, likaså Hasenfeld, och Brill erkänner visserligen, att stora doser sänka temperaturen, men att mindre sådana äro overksamma.

Denna sänkning af temperaturen inträdde inom kort tid efter inpenslingen. Redan 1 timma efter densamma tyckes sänkningen inträda enligt de flestes uppgifter, och sjunker temperaturen därefter under de närmaste timmarne kontinuerligt; maximum skulle enligt Gilbert vara uppnådt efter 3 timmar, enligt Stolzenburg åter skulle sänkningen de 2 första timmarne försiggå mycket hastigt och därefter maximum uppnås småningom, till och med först efter 8 timmar i enstaka fall. Denna sänknings storlek uppges något olika; så t. ex. uppge Friedenwald och Hayden densamma till 1—4°, Stolzenburg till 2—3° och efter större doser ända till 5°, Brill till 1—3°, Gilbert åter till endast 1—1½°. Olikheten i uppgifterna tyckes bero på använda mängden guajakol.

Denna sänkning uppges åtföljas af en högst betydlig svettafsöndring och varar ej länge. Temperaturen stiger vanligen under en tämligen häftig frysning, som ofta kan vara mycket våldsam, och detta ej sällan högre än förut (Bard, Stolzenburg, Gilbert); endast Da Costa tyckes ej hafva observerat intensivare frysning.

Njurarne, andning och puls tyckas ej influeras annat än i de fall, i hvilka kollaps uppträder.

Man gjorde nämligen snart den observationen, att verkan ingalunda är så oskyldig, som Sciolla uppgaf. Redan de förut omnämda svettningarne och frysningarne voro ej sällan så svåra, att Stolzenburg uppger, att flera af hans pat. anhöllo om att slippa behandlingen. Dessutom följdes de

af ofta rätt betydlig kraftnedsättning. Men förutom dessa obehag uppträdde i flera fall en höggradig kollaps, som till och med tvingade till användandet af starka excitantia. Sådan kollaps omnämnes af Friedenwald och Hayden, Stolzenburg, Bard, Brill, Hasenfeld. Endast Da Costa tyckes ej hafva observerat en sådan.

Man har därför äfven blifvit mycket försiktigare vid medlets användande. Så råder Bard till att till en början endast använda 1 grm; Friedenwald och Hayden tillråda doser af 30—50 droppar, börjande med den minsta dosen 1—2 ggr dagligen, Da Costa använde 20—50 droppar, mindre till en början, Gilbert $1^1/_2$ grm, Brill fann små doser overksamma, doser af 1,5—3 kbctm. åter visade enligt honom för stark verkan, och Stolzenburg varnar för doser öfver 4 grm och råder till initialdoser af 2 grm samt hos mycket magra patienter till och med af endast 1 grm; Robilliard anser en dos af 0,50 grm vara tillräcklig i de flesta fall.

Åtskilliga författare förkasta emellertid helt och hållet metoden, så Guinard, Brill, Hasenfeld; Stolzenburg och Thayer anse densamma ej vara användbar under längre tid, isynnerhet som den enligt den förre ej för öfrigt visar sig ega något inflytade på själfva sjukdomen. Å andra sidan anser Bard metoden indicerad i alla fall, i hvilka det gäller att hastigt sänka temperaturen, och han tycker sig hafva funnit en direkt inverkan på sjukdomsprocessen vid erysipelas, i det dennas intensitet och duration skulle minskas, samt på enstaka fall af tuberkulos i tidigare stadier, medan åter vid kaverner verkan skulle vara skadlig och medlet därför böra undvikas; äfven Courmont tyckte sig hafva funnit kurativ verkan vid börjande tuberkulos, medan medlet i senare stadier vore kontraindiceradt. Da Costa rekommenderar medlet lifligt, dess väsentligaste olägenhet skulle vara dess oangenäma lukt; han anser metoden i allmänhet böra föredragas framför kalla bad och särskildt då dessa äro kontraindicerade såsom t. ex. vid tarmblödningar; han tyckte sig vidare finna god inverkan på nervösa sym-

ptom, såsom delirier, sopor. Äfven Friedenwald och Hayden anse metoden förtjent att användas, då kalla bad äro kontraindicerade och då man på grund af magretning ej kan använda antipyretica.

Om själfva metoden är ej mycket att säga; vanligen inpenslades medlet å extremiteterna eller ryggen samt täcktes med lufttätt förband. Huden visade sig i allmänhet väl fördraga denna inpensling. I enstaka fall omnämnes dock en retning, så af Lannois, som i ett fall observerade rodnad och ekzem, och af Stolzenburg, som i ett fall såg urticarialiknande exantem, som utbredde sig öfver kroppen; Guinard anser medlet ega starkt retande verkan, Weill konstaterade oftast lätt rodnad och i enstaka fall svårare hudaffektioner, Lépine en erysipelasliknande rodnad, då han till en början använde ett orent preparat; sedermera, då han erhållit renare sådant, uppträdde intet retningssymptom.

Den anförda verkan af guajakolmedlet är anmärkningsvärd, och naturlig var frågan, huru denna verkan kan tänkas uppstå. I detta hänseende gå författarnes mening i tvänne riktningar; enligt den ena skulle man hafva att göra med en resorption af guajakol med ty åtföljande sänkning, enligt den andra med en reflexverkan på värmereglerings centra, uppkommen genom periferisk retning.

Närmast låg naturligtvis till hands att tänka sig en resorption af medlet och detta på två vägar antingen genom huden (Sciolla, Thayer, Linossier och Lannois, Friedenwald, Stolzenburg, Stourbe) eller genom inandning af guajakolångor (Guinard). Enligt Sciolla skulle guajakolets verkan bero på ett upphäfvande af de pyrogena toxinernas verkan genom det resorberade guajakolet, enligt de andra på en direkt inverkan på värmecentrum, medan åter, såsom nedan skall nämnas, Guinard ej tillägger resorptionen någon betydelse i detta hänseende. A priori kunde dock tvänne invändningar göras mot en sådan uppfattning, nämligen dels att hudens resorptionsförmåga är mycket obetydlig vid hel epidermis, dels att preparatet

täckes med lufttätt förband och någon afdunstning därför ej kan komma i fråga med åtföljande resorption från inandningsluften. Komma så härtill försök med direkt inandning af guajakolångor utan sänkning af temperaturen af Lannois, Stolzenburg och Aubert, torde man med största sannolikhet kunna eliminera ett upptagande af guajakol genom lungorna såsom orsak till sänkningen. Hvad åter beträffar huden äro resultaten något motsägande. Guinard kunde ej påvisa guajakol i urinen efter inpensling å huden, men å andra sidan konstaterade Lannois och Linossier en tydlig resorption under dessa omständigheter; redan $^1/_4$ timma efter inpenslingen kunde de påvisa guajakol i urinen, efter $1^1/_2$—4 timmar var mängden störst och efter 24 timmar var allt guajakol elimineradt; vid inpensling af 2—4 grm kunde de påvisa ända till 50 % i urinen, vid större mängder var eliminationen genom urinen relatift mindre; resorptionen genom huden skulle ske i gasform. Likaså konstaterade Stourbe en hastig resorption; redan 1 timma efter inpenslingen kunde ej obetydliga qvantiteter påvisas i urinen. Stourbe konstaterade dessutom, att resorptionen af guajakol försiggick mycket långsammare och obetydligare, då det blandades med lika delar glycerin och äfven något ehuru mindre vid blandning med mandelolja, än då rent guajakol inpenslades; så påvisade han 1 timma efter inpensling af 2 grm rent guajakol 0,30 grm i urinen, vid sådan af guajakol + glycerin endast 0,005 grm och vid blandning med mandelolja 0,10 grm. Sciolla, Bard, Robilliard konstaterade dessutom guajakolsmak i munnen och Stolzenburg mörkfärgning af urinen.

Resorptionen genom huden är på grund af dessa försök numera erkänd, och uppgifter af Lannois och Thayer, att vid rektal och subkutan applikation verkan af medlet skulle blifva densamma, tycktes tala för, att denna resorption kunde förklara temperatursänkningen.

Det finnes dock en hel del omständigheter, som tala mot en sådan uppfattning. Redan Guinard förkastade en sådan åsikt, ej blott på grund af att han trott sig kunna

visa, att en resorption ej egde rum, utan äfven af andra skäl; så fann han, att om man genomskar en ischiadicus och efter 2 dagar inpenslade guajakol å det opererade benet, så inträdde ingen temperatursänkning; vidare fann han, att, oaktadt riklig mängd guajakol ännu fanns å huden, en höjning af temperaturen ånyo inträdde, samt att ju intensivare den periferiska retningen var, dess intensivare blef temperatursänkningen, i det ju renare guajakol användes dess svagare blef verkan. Äfven fann han, att verkan var olika allt efter patienternas helsotillstånd, i det feberpatienter influerades kraftigare än andra; hos feberfria inträdde nämligen ingen sänkning, en observation, som stod i öfverensstämmelse med Weills uppgift, att inpensling af 1—5 grm ej influerar temperaturen hos friska individer. Han antog på den grund, att temperatursänkningen var en följd af en reflexverkan på de termogenetiska centra genom retning af de perifera nerverna, en uppfattning, som delas af Aubert, Weill, Bard och Courmont, och som stödes af den omständigheten, att oaktadt, såsom Stourbe visat, ur en blandning af guajakol och glycerin endast obetydligt guajakol resorberas, Desplats och Moissy med en sådan erhållit lika kraftig temperatursänkning som med rent guajakol.

Denna uppfattning har fått ett viktigt stöd i försök, som utförts af Geley och Guinard, försök, som föranleddes af en af misstag företagen inpensling med kokainlösning i stället för guajakol, vid hvilken äfven en temperatursänkning inträdde. Geley visade därefter, att inpensling af 5—10 % kokainlösning konstant sänkte temperaturen; vid pröfning af ett antal glykosider och alkaloider konstaterade därpå de nämde författarne, att äfven solanin, helleborein och spartein hade samma verkan, medan morfin, koniin, napellin, erytroflein, tein, æthoxycoffein, kolchicin, strophantin, veratrin, aconitin, digitalin, kinin, antipyrin och fenacetin voro utan verkan. De fyra nämda medlens verkan var olika allt efter den tidpunkt, då inpenslingen skedde, och var kraftigast, då tidpunkten för densamma valdes så, att temperaturen ej steg eller maximum af temperatursteg-

ring under dygnet var uppnådd. Vidare konstaterade förf., att mängden använd lösning och det inpenslade områdets storlek var utan inflytande på medlens verkan. De använda koncentrationerna voro för kokain, solanin och spartein 2,5—5—7.5 % lösningar, för helleborein 1,5—0,75 % lösning. Metoden är densamma, som förut omnämts.

Redan inom 1 timma sjönk febrilt stegrad temperatur, efter 3—4 timmar hade maximum uppnåtts, hvarefter en hastig ny stegring inträdde utom vid användandet af spartein, då maximum af sänkning först uppnåddes efter 5—7 timmar och först 4—5 timmar senare temperaturen småningom steg igen. Verkan var kraftigast vid början och slutet af akuta sjukdomar och kunde uppgå ända till 3°. Äfven vid subnormal temperatur framträdde en verkan, men i motsatt riktning, i det då en stegring observerades. Temperaturen sjönk enl. G. utan frysning eller obehagliga biverkningar, om man undantager en måttlig svettning.

Någon inverkan på sjukdomens förlopp kunde förf. ej konstatera undantagandes för erysipelas, som tycktes förlöpa på kortare tid än eljest vid användandet af spartein. Förf. rekommenderar lifligt metoden.

För, att man vid dessa medel har att göra med en reflexverkan från de sensibla hudnerverna på de värmereglerande centra, tala flera omständigheter, nämligen dels att ej blott febrila utan äfven subnormala temperaturer förändras, dels att vid subkutan injektion ingen verkan uppträdde, dels slutligen att de vanliga antipyretica vid inpensling å huden ej sänka temperaturen.

Å härvarande sjukhus har jag anstält en rad af försök med inpensling af guajakol, och de resultat, jag därvid erhållit, äro identiska med de af andra erhållna. En kort redogörelse för fallen må här följa:

1. A. J. W. 17-årig qv. Febris typhoides. Sjuknade $^{8}/_{2}$. Ej höggradigt medtagen. $^{17}/_{2}$. 4 grm guajakol å ena knät. Kl. 6 e. m. 40,2°, kl. 7 39,6°, kl. 8 38°, kl. 9 36°. Temperaturfallet skedde under stark svettning, men för öfrigt utan obehagliga biverkningar. Kl. $^{1}/_{2}$ 12

e. m. frysning, temp. 36,8°; kräktes upp förut förtärd mjölk, 3 lösa öppningar under natten.

18/2. Kl. 8 40°. Inpensling kl. 8,15 af 4 grm guajakol. Kl. 9 37,7°, kl. 10 36,8°. En liten stund efter ingnidningen frysningar, likaså vid 12-tiden under 10 minuters tid utan kräkning eller lösa öppningar.

2. H. J. 20-årig qv. Febris typhoides. Sjuknade 22/2. 2 grm guajakol 13/3 kl. 8 e. m., då temp. var 38,4°, kl. 9 37,8°, kl. 10 37°, kl. 11 36,8°. Inga obehagliga biverkningar.

14/3 kl. 8 f. m. 38°. Inpensling af 2 grm guajakol. Kl. 9,30 37,8°, kl. 10,30 36,7°, kl. 11,30 36,5°, obetydlig svettning, eljest inga biverkningar.

3. A. J. 74-årig man. Erysipelas faciei. Sjuknade 4/4. Den 9/4 kl. 5 e. m. 39°. Inpensling af 2 grm guajakol. Kl. 6 e. m. 38,7°, kl. 7 38,1°, kl. 8 37,6°. Ingen svettning eller frysning, ingen höggradig kraftnedsättning.

4. A. R. 18-årig qv. Angina tonsillaris. Sjuknade d. 5/4, då temp. kl. 8 var 39,1°. Inpensling af 2 grm guajakol. Kl. 9 39°, kl. 10 38,7°, kl. 11 36,8°. Riklig svettning, eljest inga obehag.

5. A. E. 55-årig qv. Pneumonia acuta. Sjuknade d. 9/4. D. 13/4 kl. 6 e. m. 40°, inpensling af 2 grm guajakol. Kl. 7 39,2°, kl. 8 38,5°, kl. 9 37,8°. Pat. svettades mycket, ingen frysning under nattens lopp, inga obehag för öfrigt.

14/4. Kl. 7 e. m. 39,6°. 2 grm guajakol. Kl. 8 38,7°, kl. 9 38°, kl. 10 37,8°, kl. 11 37,1°. Riklig svettning, mellan 4—5 på morgonen stark frysning, inga obehag för öfrigt.

6. K. A. 36-årig m. Tuberculosis pulmonum sine cavernis. D. 6/4 kl. 7 38,6°, 2 grm guajakol. Kl. 8 38,2°, kl. 9 37,6°, kl. 10 37,3°. Svettning snart efter inpenslingen, snart öfvergående, inga obehag.

7. M. E. 43-årig qv. Tuberculosis pulm. sine cavernis. D. 13/4 kl. 7 e. m. 40°, 2 grm guajakol. Kl. 8 e. m. 39,4°, kl. 9 38,9°, kl. 10 38,6°. Obetydlig svettning, lindrig qväljning, ingen frysning förr än följande dag.

8. J. H. 37-årig qv. Erysipelas ambulans. Sjuknade $^{29}/_{4}$. D. $^{6}/_{5}$ kl. 8,30 f. m. 39,2^{0}, 4 grm guajakol, 9,30 f. m. 39,1^{0}, 10,30 38,5^{0}, 11,30 37^{0}, 12,30 36,2^{0}, ej svettning, ej frysning, ej illamående.

$^{7}/_{5}$. Kl. 8,30 f. m. 39,8^{0}, 2 grm guajakol. Kl. 9,30 f. m. 39,6^{0}, kl. 10,30 39,4^{0}, kl. 11,30 38,,2^{0}, kl. 12,30 e. m. 37^{0}, ej svettning, frysning eller illamående. Processen har spridt sig nedåt skuldrorna.

$^{11}/_{5}$, Kl. 10 f. m. 39,2^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 11 f. m. 39^{0}, kl. 12 m. 39^{0}, kl. 1 e. m. 38,8^{0}, kl. 2 38,4^{0}, stundtals svettning, men för öfrigt ej illamående, ingen frysning. Processen bredde sedan ut sig nedåt armarne.

9. C. B. 46-årig m. Pneumonia acuta. Sjuknade $^{1}/_{5}$. D. $^{6}/_{5}$ kl. 8 e. m. 39,8^{0}, 2 grm guajakol. Kl. 9 e. m. 38,7^{0}, kl. 10 37,7^{0}, kl. 11 37,4^{0}. Svettning betydlig, stark svaghetskänsla en timma efter inpenslingen, ingen frysning.

10. A. B. 18-årig m. Pyæmia. Sjuknade $^{13}/_{5}$. D. $^{17}/_{5}$ kl. 7 e. m. 40,3^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 8 e. m. 39^{0}, stark svettning, kl. 9 37,8^{0}, kl. 10 38,7^{0}, kl. 11 38,9^{0}, ingen frysning, ej särskildt illamående.

$^{18}/_{5}$. Kl. 8 e. m. 39,5^{0}, 2 grm guajakol. Kl. 9 e. m. 38,7^{0}, kl. 10 37,7^{0}, kl. 11 38,6^{0}. Svettning kort tid efter inpenslingen.

11. J. C. 42-årig qv. Erysipelas faciei. Sjuknade $^{11}/_{5}$. D. $^{14}/_{5}$ kl. 6 e. m. 40^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 7 e. m. 39,5^{0}, kl. 8 39 8^{0}, kl. 9 39,7^{0}, kl. 10 39^{0}. Ej svettning, ej frysning. men en stund "ondt i hela kroppen".

12. H. O. 29-årig qv. Pelveoperitonitis. Sjuknade $^{7}/_{5}$. D. $^{30}/_{5}$ kl. 7 e. m. 39,6^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 8 e. m. 39,4^{0}, kl. 9 39^{0}, kl. 10 38,9^{0}, kl. 11 39,5^{0}. Ej svettning, ej frysning, kände sig betydligt bättre.

$^{28}/_{5}$. Kl. 8 f. m. 39,3^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 9 f. m. 39^{0}, kl. 10 38,4^{0}, kl. 11 38,3^{0}, kl. 12 m. 38,6^{0}, kl. 1 e. m. 39^{0}. Lindrig svettning, ej frysning, men kräkningar.

13. J. K. 25-årig m. Pneumonia acuta. Sjuknade $^{23}/_{5}$. D. $^{26}/_{5}$ kl. 11 f. m. 39,9^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 12 m. 38,8^{0}, kl. 1 e. m. 39,6^{0}, kl. 2 38,3^{0}. Stark svettning, häftig frysning vid 5-tiden, kl. 6 e. m. 39,8^{0}.

14. M. K. 20-årig qv. Peritonitis tuberculosa. $^{17}/_{3}$ kl. 9 f. m. 39^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 10 f. m. 38,3^{0}, kl. 11 37^{0}, kl. 12 m. 36,2^{0}. Pat. svettades mycket, kräktes en gång samt frös, då temperaturen ånyo steg vid 12-tiden; kl. 6 e. m. 40,1^{0}.

$^{20}/_{3}$. Kl. 7,30 e. m. 39,4^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 8,30 e. m. 38,6^{0}, kl. 9,30 37,2^{0}, kl. 10,30 35,8. Stark svettning redan efter 1 timma. Lindrig svaghetskänsla.

$^{28}/_{3}$. Kl. 6 e. m. 39,9^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 7 e. m. 38,8^{0}, kl· 8 38^{0}, kl. 9 37,5^{0}. Stark svettning, ej frysning sedermera under nattens lopp.

15. J. L. 19-årig m. Tuberculosis pulmonum c. cavernis. $^{7}/_{4}$. Kl. 8 e. m. 39,2^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 9 e. m. 38,4^{0}, kl. 10 37,6^{0}, kl. 11 37,2^{0}. Stark svettning kl. 11 e. m. med efterföljande frysning.

16. A. L. 23-årig m. Febris typhoides. Sjuknade $^{27}/_{7}$. Tyföst tillstånd. D. $^{11}/_{8}$ kl. 5 e. m. 40^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 6 e. m. 39,7^{0}, kl. 7 39^{0}, kl. 8 37,7^{0}. Svettades mycket, mådde ej särskildt illa, ingen frysning.

$^{12}/_{8}$. Kl. 5 e. m. 39,8^{0}. 2 grm guajakol, Kl. 6 e. m. 39,3^{0}, kl. 7 39,1^{0}, kl. 8 38,9^{0}, kl. 9 38,6^{0}, kl. 10 38,7^{0}; Svettning, ej särskildt illamående.

17. A. A. 22-årig m. Febris typhoides. Sjuknade $^{12}/_{8}$. D. $^{15}/_{8}$ kl. 1 e. m. 39,5^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 2 e. m. 38,7^{0}, kl. 3 37,6^{0}, kl. 4 38^{0}. Stark svettning, ej frysning.

18. A. A. 20-årig m. Febris typhoides. Sjuknade $^{12}/_{8}$. D. $^{21}/_{8}$ kl. 7 e. m. 39,8^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 8 e. m. 38,7^{0}, kl. 9 38,2^{0}, kl. 10 37,4^{0}, kl. 11 38,3^{0}. Svettades mycket, kl. 11 starka frysningar.

19. N. J. 18-årig m. Erysipelas anticruris et femoris. Sjuknade $^{16}/_{9}$. D. $^{20}/_{9}$ kl. 7 e. m. 40,3^{0}. 2 grm guajakol. Kl. 8 e. m. 39,7^{0}, kl. 9 38,8^{0}, kl. 10 40,6^{0}. Starka svettningar, vid 9-tiden häftiga frysningar.

En granskning af de anförda fallen visar i allmänhet god öfverensstämmelse med de hittills offentliggjorda meddelandena. Utan undantag sjönk temperaturen i alla fall efter inpenslingen af guajakol. Detta inpenslades till en

början, då 4 grm användes, å båda knäna, sedermera, då de mindre doserna användes, endast å ett knä och täcktes därefter med lufttätt förband.

Sänkningen inträdde såsom nämts konstant, men varierade högst betydligt; minsta observerade sådan var $0,6^0$ (fall 8 och 12), högsta $4,3^0$ (fall 1), och däremellan finnas alla grader representerade. Så utgjorde det konstaterade temperaturfallet från $0,6^0$—1^0 i 5 försök (2, 8, 11, 12, 12), från $1,1$—$1,5^0$ i 6 försök (2, 3, 6, 7, 16, 19), från $1,6$—2^0 i 5 (10, 13, 15, 17, 20), från $2,1$—$2,5^0$ i 9 (4, 5, 5, 9, 10. 14, 16, 18, 20), från $2,6$—3^0 i 2 (8, 8), från $3,1$—$3,5^0$ i 4 (1, 14. 14, 20) och öfver 4^0 i ett försök (1). Utan undantag sjönk temperaturen redan inom första timman efter medlets inpensling, varierande från $0,1^0$ till $2,3^0$ och fortsatte äfven med två undantag (11, 13) under 2:dra timman, då temperaturfall observerats af ända till 2^0. Äfven under 3:dje timman sjönk temperaturen i de flesta fall, ehuru mindre, dock finnas äfven under denna tid sådan af 2^0 noterad. Efter denna tids förlopp inträder äfven i ett mindre antal fall ännu under 4:de och 5:te timman en om också obetydlig sänkning, i ett fall (8) under 4:de timman högst $1,2^0$, i ett $0,2^0$ (2) under 5:te timman, men ofta tyckes under denna tid redan en stegring inträda. Mätningarne hafva dock i allmänhet ej kunnat fortsättas så länge för att ej besvära patienterna för mycket och äro därför i fråga om förhållandet under dessa timmar oftast ofullständiga.

Hvad temperaturfallets storlek under de resp. timmarne beträffar, så var det störst under 1:sta timman i 12 försök (1, 2, 2, 5, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 18), under 2:dra timman i 11 försök (3, 6, 9, 10, 12, 14, 17, 19, 20, 20, 20), lika under 2:dra och 3:dje timman och större än under 1:ste timman i ett (14), störst under 3:dje timman i 5 (1, 4, 8, 13, 16), lika och störst under 3:dje och 4:de timman i 1 (8).

Såsom nämts har i enstaka fall en sänkning inträffat ännu under 5:te timman, men att så ej alltid varit förhållandet, utan att medlets temperaturnedsättande verkan kan

upphöra långt tidigare, visa några af de anförda fallen. I ett fall (en pneumonia acuta) erhölls en sänkning endast under 1:sta timman, hvarefter definitiv stegring egde rum under 2:dra timman, som ytterligare fortfor under den följande timman. I ett annat (11) inträdde under 2:dra timman en stegring, som följdes af en ny sänkning under 3:dje och 4:de timman; under 3:dje timman inträdde definitiv stegring i 6 fall (10, 10, 12, 12, 17, 19), under 4:de i 2 (18, 20) och under 5:te i 2 (16, 20). Denna stegring har i allmänhet ej varit så värst häftig, har oftast understigit 1^0 under 1:sta timman, oaktadt den åtföljande frysningen kunnat vara ganska intensiv, en hastig stegring af ända till flera grader har ej observerats här med undantag dock för fall 19, där 3:dje timman temperaturen steg $1{,}8^0$, ehuruväl sådana, såsom af flere författare framhållits, förekomma.

Nu relaterade sänkning och stegring är ingalunda likformig vid upprepade försök hos samma person, utan att hvarken allmänna tillståndet eller temperaturens höjd vid inpenslingen kunna tillfyllestgörande förklara olikheten. Så t. ex. i fall 8, i hvilket ena gången vid användandet af samma mängd guajakol temperaturen sjönk endast $0{,}6^0$ under loppet af 4 timmar, andra gången $2{,}8^0$ inom loppet af samma tid, i fall 17 ena gången $1{,}2^0$ inom 4 timmar, hvarefter stegring inträdde, andra gången $2{,}3^0$ inom 3 timmar, i fall 20 ena gången $1{,}8^0$ inom 3 timmar, hvarefter stegring inträdde, andra gången $3{,}2^0$ inom 5 timmar, 3:dje gången $2{,}5^0$ inom 2 timmar, hvarefter stegring inträdde.

Men, såsom ofvan nämts, ännu större voro differenserna mellan de olika fallen. Hvilka moment därvid egt någon betydelse, är svårt att afgöra. Patienternas allmänna tillstånd kan ej spela någon rol, då jag på grund af meddelandena i litteraturen undvek att behandla nedsatta individer med medlet, utan därtill valde patienter med relatift goda krafter. Hvad åldern beträffar, så finna vi hos en 74-åring en sänkning af $1{,}4^0$ (3), hos personer mellan 50—60 år en sådan af ända till $2{,}5^0$, medan å andra sidan hos personer mellan 11—20 år endast sådan af $1{,}5^0$ observerats; ännu mindre

var sänkningen i fall 2, men de låga temperaturerna vid försökets början kunna i detta fall förklara temperatursänkningens obetydlighet. Temperaturens höjd spelar naturligtvis i så måtto en viss rol, att vid låg temperatur sänkningen måste, då den inträder, blifva lägre än vid högre temperatur, men eljest tyckes den ej hafva någon betydelse för sänkningens storlek. Vi finna sålunda vid temperaturer under 39° sänkningar ända upp till 1,4°, medan vid sådan mellan 39,1—39,5° sådana af endast 0,6° och vid temperaturer mellan 39,6—40° sådan af endast 1° observevats, utan att någon olikhet i medlets användningssätt egt rum; vidare se vi vid temperaturer mellan 39,1—39,5° sänkningar af ända till 3° (8) och 3,2° (14), vid sådan mellan 39,6—40° äfven högst 3,2° (20, 1), medan vid temperaturer öfver 40,1° i ett fall sänkningen utgjorde 4,3° (1), i tvänne andra åter endast 1,5° (19) och 2,5° (10). Hvad beträffar mängden användt guajakol, så har i det öfvervägande flertalet fall endast en mindre mängd, 2 grm, användts; i enstaka fall användes dock dubbla qvantiteten, men ett par fall, i hvilka försök utfördes med dels 4 och 2 grm, tyckas häntyda på, att någon afgörande betydelse ej tillkommer den använda mängden; så sjönk i fall 4 efter 4 grm temperaturen endast 1,8°, medan den en annan dag efter 2 grm sjönk 2,5°, och i fall 14 erhölls efter 4 grm en temperatursänkning af 3,2°, efter 2 grm en sådan af 3,4°; äfven fall 8 förtjenar framhållas, i hvilket efter 2 grm ena gången endast 0,6° temperatursänkning erhölls inom 4 timmar, andra gången en sådan af 2,8°; möjligt är ju, att, då mätningen ej kunde fortsättas, tills stegring inträffade, i sistnämda fall en ytterligare sänkning kunnat inträffa, dock synes sannolikheten härför vara jämförelsevis ringa, då man betänker, huru hastigt i allmänhet verkan inträder i andra fall, och huru relatift ofta efter förloppet af nämda tid medlets verkan redan upphört. Se vi slutligen på själfva sjukdomens art, så synes mig ej i denna heller någon hållpunkt kunna vinnas för en starkare verkan af medlet i den ena sjuk-

domen än i den andra; anmärkningsvärdt är särskildt den obetydliga sänkningen i fall 12, en akut pelveoperitonit.

Någon inverkan på sjukdomen har ej heller kunnat konstateras; särskildt i fråga om den erysipelatösa processen, som ju enligt några författare skulle gynnsamt influeras af medlet, har jag ej kunnat konstatera någon sådan verkan; så sjönk i fall 11 temperaturen endast långsamt och hade efter 4 timmar endast sänkts 1°, i fall 19 inträdde en sänkning endast under 2 timmar med 1,5°, hvarefter temperaturen nådde större höjd än förut, och i fall 8 är medlets verkan mycket ojämn; någon inverkan på själfva processen eller förkortning af dess duration kunde ej märkas i sistnämda fall, ej heller i de öfriga; men försöken äro för få för att draga några bestämda slutsatser.

Fåtalet försök i hvarje fall beror nämligen på, att temperatursänkningen ej sällan, dock visst icke alltid, är förenad med rätt obehagliga biverkningar. Dessa hafva framförallt bestått i en profus svettning med efterföljande frysning. Konstanta äro dessa symptom dock ej; i flera fall uppgifva patienterna uttryckligen, att de ej svettats eller frusit eller på något sätt mått illa, att han mått väl af behandlingen angaf å andra sidan dock blott en patient; i andra fall har den varit obetydlig, men i det stora flertalet fall har svettningen och frysningen varit stark och mattat patienterna högst betydligt. Bland biverkningar, som jag ej sett omnämda af andra författare, har jag här observerat dels qväljningar i ett fall dels kräkningar i 3 fall, i ett äfven lösa öppningar, hvilka senare dock ej uppträdde vid förnyadt användande af medlet en annan dag och därför kanske ej kunna tillskrifvas guajakolets inverkan. En patient klagade dessutom öfver ondt i hela kroppen, en annan öfver stark törst.

Mest framträdande var dock svaghetskänslan, där verkan var kraftigare, och i uppträdandet af denna torde det förnämsta hindret för medlets allmännare användning ligga. Försöken hafva därför ej heller, isynnerhet som ingen direkt inverkan på sjukdomsprocessen kunnat spåras, fortsatts,

och medlets allmännare användande som antipyreticum synes mig ej vara att rekommendera. Endast i fall, i hvilka krafterna äro goda, torde medlet förtjena användas, om en hastig temperatursänkning önskas, men just i sådana fall torde en sådan sällan behöfvas.

Där en temperatursänkning anses önskvärd, men pat:s ventrikel ej kan behålla ingifna medel, torde metoden äfven förtjena att hafvas i minne.

Litteratur:

Sciolla. Cronica della clinica medica di Genova 1893.

L. Bard. De l'action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol. Lyon méd. 1893 No. 23.

A. Guinard. A propos du l'emploi de gaïacol en badigeonnages épidermiques, comme procédé d'antipyrèse. Bullet. génér. de thérapeut. 1893 Okt. 30.

Lannois. A propos des badigeonnages de gaïacol. Lyon méd. 1893. No. 32.

Societé des sciences médicales de Lyon. Juni och Okt. 1893. ibid No. 32 och 43.

L. Bard. Du traitement de l'erysipèle de la face par les badigeonnages de gaïacol. ibid 1893 No. 44 och 45.

Courmont. Granule traitée et guérie par les badigeonnages gaïacolés. ibid No. 53.

E. Robilliard. Action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol sur la peau. Gaz. méd. de Paris 1893. No 37.

Da Costa. Clinical remarks on the external use of guaiacol in reducing high temperature in typhoid fever and other febrile diseases. Med. news 1894 No. 4.

Stolzenburg. Über dir äussere Anwendung von Guajacol bei fieberhaften Erkrankungen. Berl. klin. Woch. 1894 No. 5.

J. Friedenwald and B. Hayden. On guaiacol applied externally as an antipyretic. New York med. journ 1894 No. 14.

G. Linossier et M. Lannois. De l'absorption cutanée du gaïacol Lyon méd. 1894 No. 13.

W. S. Thayer. Note on the value of guajacol applied externally as an antipyretic. Med. news 1894 No. 13.

Gilbert. Note sur l'action antipyrétique du gaïacol et des crésols synthétiques employés en badigeonnages. Compt. rend. hebdom. de la soc. de biol. 1894. Gaz. méd. de Paris 1894 No. 16.

O. Stourbe. Des modifications apportées à l'absorption du gaiàcol par le mélange de ce médicament avec un excipient. Lyon méd. 1894 No. 28.

Hasenfeld. Ueber die antipyretische Wirkung des auf die Hant gepinselten Guajacolum puriss. Pester med.-chir. Presse 1894 No. 40.

F. Brill. Beitrag zur äusseren Anwendung des Guajacols. Centralbl. für innere Medicin 1894 No. 47.

Geley. Societé dos sciences méd. Lyon méd. 1894 No. 2.

Guinard et Geley. Lyon méd. 1894 No. 25 och 26.

Kortikal epilepsi. Trepanation.

Af

H. Köster och A. Lindh.

Fastän resultatet i efterföljande fall af det operativa ingreppet ej var vidare gynnsamt i så måtto, att någon väsentlig förbättring ej inträdde, synes oss dock fallet vara förtjent af att offentliggöras. Det står i detta hänseende ingalunda ensamt inom hjärnkirurgiens kasuistik.

C. A. 12-årig gosse. Int. $^{7}/_{11}$ 94, utskr. $^{15}/_{11}$. (Journal: Kand. A. Josefson).

Anamnes: Inom patientens släkt å mödernet ingen belastning; fadern dog vid 33 års ålder i lefversjukdom efter $^{1}/_{2}$ års lidande, utan att hafva missbrukat alkohol; farmodern var en gång sinnessjuk. Ingen tuberkulös belastning. Modern har ej haft missfall, har födt 5 friska barn, det älsta barnet var idiot och har aldrig kunnat tala, det andra i ordningen är patienten, de tre öfriga äro friska. Fader och moder ej släkt, partus normala.

Patienten har i allmänhet varit frisk, ej haft någon barnsjukdom, ej haft utslag eller sår å kroppen, ej heller svullna körtlar. Såsom liten led han af öronsprång med klar flytning ur öronen, som dock sedermera aldrig återkommit. Hans utveckling har försiggått normalt, och han har alltid haft godt förstånd och minne. Brist har han aldrig lidit. Såsom mycket liten föll han en gång från ett par meters höjd ned bland stenar och slog därvid ett hål i pannan; huru han föll, minnes han ej. I öfrigt intet trauma.

Hösten 1891 blef pat. en natt plötsligen stel och styf som en pinne i hela kroppen, det fradgade sig om munnen och under 5 minuters tid låg han medvetslös (moderns uppgift). Vid uppvaknandet visste han ej, hvad som försiggått, men vill minnas, att han blef häftigt yr. Han kändes het,

men hade inga kräkningar. 4 nätter å rad hade han dylika anfall. Därefter började de förekomma äfven om dagen, och samtidigt uppträdde ryckningar i venster arm. Hvar de börjat här, vet han ej. Samtidigt med darrning och sträckning af kroppen fördes armen ofrivilligt i böjd ställning upp mot munnen. Patienten föll härvid omkull och ådrog sig då ofta lindriga kontusioner. Han påstår själf, att han hela tiden visste, hvad som försiggick. Anfallen varade högst 10 minuter och kommo alla tider på dygnet. De föregingos i allmänhet af en egendomlig känsla af yrsel i hufvudet och öronsusningar. Han skrek aldrig, ibland bet han sig i tungan. Efter en tid började äfven ryckningar uppträda i venstra mungipan, venstra ögonlocket och tungan. Ett år efter anfallens början uppträdde äfven ryckningar i venstra benet, börjande i endast foten, hvilken vred sig "hästskoformigt"; sedermera uppstod vid svårare anfall kramp i hela venstra sidan. (Själf minnes pat. ej, huruvida ryckningar i benen föregått dem i ansiktet och tungan; dessa äro moderns uppgifter). Pat. fick svårt att gå, i det venster fot halkade undan, och han måste därför längre tid dragas i vagn. Ryckningarne aftogo efter någon tid något i fråga om duration och intensitet; däremot utbildades småningom pareser af venster arm och ben, börjande i armen. En längre tid har han haft en egendomlig smak i munnen, som då man smakar på en slant. De sista dagarne har han märkt ryckningar äfven i högra ögonlocket, annars har högra kroppshalfvan förblifvit oberörd.

Patienten har aldrig lidit af egentlig hufvudvärk, psyke har alltid varit orubbad, inga rubbningar hafva förekommit från kranialnervernas sida, ej heller några blåsrubbningar, afasi eller parästesier.

Under 9 månader har pat. erhållit bromkalium utan förbättring. Somrarne 1893 och 94 har han behandlats med gymnastik och massage, och sistlidne sommar hade han intet anfall. I Okt. detta år återkommo de dock; ryckningarne började denna gång i venstra ögonlocket.

Status præsens d. $^{7}/_{11}$ 1894: Patienten går uppe. Hans kroppsbyggnad är god, hullet godt, krafterna tillfredsställande, matlust och afföring normala, sömnen utmärkt, ehuru pat. har svårt att somna. Puls 112, jämn, regelbunden och kraftig. Temperaturen alltid normal. Urin normal.

Utom öfver sina anfall klagar patienten öfver sura uppstötningar. Han har ingen hufvudvärk, inga kräkningar eller qväljningar, inga parästesier. Den förut omnämda egendomliga smaken qvarstår dels under dels mellan anfallen; inga syn- eller hörselhallucinationer.

Psyke är normal, uppfattningen och minnet goda. Ingen form af afasi.

Skallen är välformad, oöm för tryck, men lindrig ömhet finnes vid perkussion af trakten öfver gyri centrales dextr. samt något öfver tubera frontalia.

Kranialnerver. I. Intet abnormt. II. Ingen hemianopsi, färgsinne normalt. Vid oftalmoskopisk undersökning befinnas papillgränserna vara tämligen tydliga, venerna äro ej dilaterade. III, IV, VI. Ögonens rörelser normala, pupillerna äro lika stora, reagera för ljus och ackomodation. Ingen hemiopisk pupillreaktion eller nystagmus. V, VII—XII normala.

Sensibiliteten. Känseln är obetydligt nedsatt å venstra kroppshalfvan; han skiljer öfverallt mellan spets och hufvud af en nål, likaså uppfattas temperaturskillnader bra, dock tyckes mycket varmt och mycket kallt ej uppfattas så skarpt å venster som å höger sida. Muskelsinnet är normalt. Rörligheten är fri och normal i alla leder utom de följande: I venster skulderled utföras rörelserna endast med stor ansträngning, likaså i venster armbågsled. I venstra radio-ulnar-, hand- och fingerlederna är all aktiv rörlighet upphäfd; den böjda handleden kan dock sträckas något, isynnerhet om pat. samtidigt sträcker armbågsleden. Patienten kan vidare ej lyfta venstra benet till samma plan som det högra i liggande ställning; utåt- och inåtförning af benet går lätt, likaså rörelser i venstra knäleden, däremot äro alla aktiva rörelser upphäfda i venster fot- och tåleder.

Passift kunna alla rörelser utföras; dock observeras betydlig rigiditet vid venstra armens höjande rakt uppåt i skulderleden, vid sträckning af v. armbågsleden, vid rörelser i v. radio-ulnarleden, vid böjning af v. handled och äfven något ehuru mindre af fingerlederna. Likaså observeras rigiditet vid dorsalflexion af v. fotled.

V. underarmen står i pronationsställning, tummen och de öfriga fingrarne äro böjda in i vola manus, foten är starkt plantarflekterad och supinerad. Vid gången släpar pat. v. fot och densamma viker sig lätt. Höger hand mäter i omkrets straxt bakom capit. ossis metacarp. 15 ctm.,

v. å samma ställe 14 ctm. Höger arm straxt ofvan processus styloideus 14,5 ctm., v. 13,5 ctm. V. underarmens muskler äro lindrigt atrofiska, däremot äro v. öfverarmens och benets muskler ej atrofiska. Inga fibrillära ryckningar. Ökad retbarhet för faradisk ström, i det vid direkt retning, ehuru den sekundära rullen stod utanför den primära, starka ryckningar erhöllos å båda sidorna. Omedelbart efter denna undersökning fick pat. flera starka krampanfall.

Patellarreflexen å h. benet är tämligen stark, å v. betydligt förstärkt.

Kubitalreflexen å h. arm är = 0, å v. stark

Kremasterreflexen å h. sida stark, å v. nästan omärkbar.

Bukreflexen å h. s. stark, å v. = 0.

Ingen dorsalklonus, starka plantarreflexer å båda benen.

V. arm och ben kännas vanligen kallare än den högra sidans extremiteter.

Flera nervstammar ömma för tryck å båda sidor, såsom nervi brachiales, ischiadici, occipitalis major, peroneus. N. ulnaris sin. är oöm. Inga krampanfall vid tryck å dessa nerver.

Blåsa och rectum fungera normalt.

Anfallen: Flera gånger om dygnet, ofta flera gånger efter hvarandra, får patienten anfall, hvilka äro olika till tid och intensitet. Vid de svåraste, som observerats, sträcktes venstra armen under ryckvist påkommande höjning och sänkning och fördes rakt utåt tills närmare horizontalplanet (aldrig högre), handen hölls krampaktigt knuten; samtidigt rycktes venstra benet något ehuru ej mycket utåt, det sträcktes starkt och foten plantarflekterades samt pronerades, allt under det benet var försatt liksom i en skälfvande rörelse; ryckningar uppträdde i v. mungipan, näsvingen och ögonlocken samt äfven ehuru mindre i h. ögonlocken; samtidigt förekommo enligt patientens egen subjektiva uppfattning ryckningar i tungan; hufvudet drogs krampaktigt öfver i böjställning åt höger och ögonen riktades, dock ej alltid, konjugerade åt höger. Kring munnen skummande fradga. Pupillerna dilaterades och tycktes ej alltid reagera för ljus. Pat. tycktes under hela anfallet vara medveten, han minnes, hvad man sagt honom, säger till och med under själfva anfallet efter föresagda ord. Står han fritt på golfvet, faller han under anfallet. Efter detta är han fullt kry och minnes allt, som händt. Patienten kan på förhand säga till, när ett anfall kommer, utpräglad bestämd aura i någon del tyckes dock ej finnas.

Anfallen äro emellertid ej alltid så intensiva. Än kunna ryckningarne inskränkas till endast armen eller ansiktet, än till arm och ansikte eller arm och ben, än endast till v. ögonlock. Isolerade ryckningar i tungan förekomma ej, de åtföljas alltid af ryckningar i v. mungipan.

Från lungor och hjärta finnes intet att anmärka. Lefvern och mjälten äro normala.

Daganteckningar: $^{10}/_{11}$. Lindrig näsblödning.

$^{13}/_{11}$. Anfall uppträda tätare än förr.

$^{14}/_{11}$. Under ett svårare anfall observerades i dag stark kontraktion af höger arm samt några små ryckningar i högra benet.

$^{15}/_{11}$. Remitteras till kirurg. afdelningen för trepanation.

Föreliggande fall synes mig vara ett typiskt sådant af s. k. kortikal epilepsi. Vi finna, huru allt som oftast uppträda anfall af tonisk-kloniska ryckningar uteslutande i v. sida och här af både ansikte, arm och ben, medan den högra sidans extremiteter, om man undantager de de sista dagarne observerade ryckningarne i dessa delar, äro oberörda. Dessa ryckningar variera i intensitet, angripa ej alltid alla dessa delar, utan äro ibland inskränkta till endast vissa af dem, och medvetandet tyckes under anfallen vara bibehållet. Sådan är den bild, man ser vid retning af barksubstansen i hjärnan, och de delar af denna, som i detta fall voro intresserade, måste tydligen vara centralgyri å högra hemisferen. Den process, som framkallade anfallen, måste därför sitta i eller i omedelbar närhet af dessa gyri och måste på samma gång ej ega alltför stor utsträckning, detta på grund af patientens i psykiskt hänseende fullt normala förhållande.

Då pat. redan förut i stor mängd användt sedativa utan någon verkan, i det efter en kortare tids paus anfallen uppträdt med förnyad styrka och till och med tilltagit i antal och intensitet, var ej mycket att hoppas af en medikamentös behandling; den enda möjlighet, som återstod, att vinna någon förbättring i patientens tillstånd, hvilket gjorde honom oförmögen till allt arbete och hotade att göra detta ännu mera, syntes mig ligga i ett operatift ingrepp.

För att ett sådant dock skall vara berättigadt, fordras det, att man med någon sannolikhet kan bedöma processens säte, samt att med sannolikhet processen ej är för utbredd eller uppträder multipelt.

Anledningen till anfallen måste sökas i en retning af barkdelarne å högra hjärnhalfvans centralgyri. Sådant tillståndet var nu, kunde dock ej någon ledning vinnas, hvar vi hade att söka den ursprungliga processen, ty anfallen, när de angrepo hela venstra sidan, uppträdde samtidigt öfverallt och visade för öfrigt ej, då krampen endast uppträdde partielt i densamma, någon konstans, i det än blott musklerna kring mungipan, än dessa och armen, än åter armen och benet angrepos. Däremot tycktes anamnesen kunna gifva någon hållpunkt i detta hänseende. Denna upplyser nämligen, att först ryckningar uppträdde i armen, en tid senare i mungipan och först ett helt år därefter äfven i benet. Häraf torde man kunna draga den slutsatsen, att processen ursprungligen setat i en mot årmcentrum svarande del af högra hemisferen, och vidare, att den snarare setat i dess nedre än dess öfre delar, i det vid dess vidare utveckling facialiscentrum angripits så mycket tidigare än benets centrum.

Symptomen tycktes mig dock till en viss grad kunna tillåta en ännu närmre lokalisation. Såsom af anamnesen framgår, angrepos först foten å v. benet och först senare de öfre delarne af denna extremitet; enligt Horsley och Schäfers schema, vunnet genom experiment på aphjärnor, skulle lokalisationen för den nedre extremiteten å hjärnan vara den, att främst i bencentrum ligger centrum för låret och längst bakåt det för foten. Om denna lokalisation kan tillämpas på menniskans hjärna, skulle sålunda med en viss sannolikhet processen snarare vara att söka i de bakre delarne af den motoriska arean än i de främre. Huru förhållandet varit i armen vid ryckningarnes uppträdande, därom kunde beklagligtvis ej någon upplysning vinnas af patienten eller hans moder, ehuru detta varit af största betydelse, då enligt nämda schema skuldrornas centrum skulle ligga i de

främre öfre delarne af armcentrum, men däremot tummens och fingrarnes längst nedåt och bakåt. Men förlamningens utbredning talade med en viss sannolikhet för nu nämda uppfattning. Vi finna nämligen, att förlamningen är total endast i hand- och fingerlederna samt i fotlederna, medan i öfriga leder en viss rörlighet finnes qvar. Förlamningen har således mest träffat de delar, hvilkas centra äro att söka i den bakre centralgyrus, och man kunde därför med en viss sannolikhet vänta att finna den största förändringen här.

Äfven den några gånger vid de svårare anfallen observerade konjugerade deviationen kunde tänkas tala härför, då enligt åtskilliga författares åsikt centrum för denna vore att söka i parietalloben. Dock torde man ej kunna tillmäta detta symptom allt för stor betydelse, då det äfven observerats vid processer å andra ställen. Så t. ex. har jag för ej länge sedan haft tillfälle obducera en patient med en tumör uteslutande i ena frontalloben, i hvilket det nämda symptomet var mycket framträdande.

Slutligen talade af symptomen den qvarstående förlamningen för, att processen måste sitta ytligt och hafva förstört en del af barksubstansen, då vid kortikal epilepsi en qvarstående förlamning i allmänhet ej uppstår, annat än då själfva barksubstansen är förändrad, äfven om pareser på grund af tryck å ledningsbanorna kunna tänkas uppstå.

Det syntes mig därför sannolikt, att vi hade att göra med en process, som borde sökas i trakten af bakre centralgyrus å högra hemisferen och som med största sannolikhet skulle anträffas, om man anlade en trepanationsöppning öfver dennas mellersta del.

Af hvilken art åter denna process var, kunde ej fullt säkert bestämmas. Att den under årens lopp tilltagit, om också långsamt, syntes mig framgå af sjukberättelsen.

En tumörbildning var à priori osannolik. Frånsedt, att ingenstädes inom kroppen för öfrigt fanns någon nybildning, talade redan det långvariga förloppet mot ett sådant antagande. Under 4 års tid borde man kunnat vänta

sig att få något symptom, som med bestämdhet häntydde på förekomsten af en sådan bildning; men något sådant fanns ej; intelligensen var fri, hufvudvärk och kräkningar saknades, staspapill fanns icke. Äfven den plötsliga början talade mot ett sådant antagande, äfven om, såsom jag i flera fall sett, någon gång de första symptomen vid en tumörbildning kunna uppstå ganska akut. Snarare talade denna början för en akut process, antingen en meningit eller encefalit. Redan den akuta början med allmänna konvulsioner under fullt välbefinnande påminde mera om förloppet vid de infantila hemiplegiernas uppkomst, hvilkas anatomiska underlag oftast utgöres af en förstöring af själfva hjärnsubstansen eller en meningit. Själfva början i detta fall kunde mera tyda på en meningitisk process, i det enligt uppgift förlamningarne ej inträdde i sammanhang med de första anfallen, utan först utbildades mera än ett år efter dem. Detta förhållande talade onekligen snarare för en process, som till en början endast framkallat en retning af barken och först senare gripit öfver och förstört själfva substansen; hade processen från början setat ini substansen, borde väl någonstädes en förlamning utbildats genast. Det oaktadt syntes man mig ej kunna med full säkerhet utesluta sistnämda möjlighet; dels nämligen syntes mig processens fortskridande, utan att patienten någonsin lidit af hufvudvärk, dels äfven dess stränga begränsning snarare tala för en process i hjärnsubstansen, och då snarast för en cysta såsom qvarstående bildning efter den ursprungliga processen, än för en meningit.

De två förändringar, man eventuelt hade att vänta, voro sålunda enligt min uppfattning antingen en ytlig förstöring af barken med förtjockade meninger, ett ärr således i de ytliga hjärndelarne, eller en cysta ini hjärnsubstansen.

I hvarje händelse syntes mig ett operatift ingrepp, som under båda dessa förhållanden ej sällan lemnat gynnsamt resultat, vara indiceradt, då däri låg enda möjligheten att kunna befria pat. från hans anfall, hvilka gjorde honom fullkomligt arbetsoduglig. Pat. öfversändes därför till kirurg.

afdeln., och hänvisar jag i fråga om operationen till Dr Lindhs journal.

Efter operationen öfverflyttades pat., sedan såret läkts, ånyo till medicinska afdelningen på grund af en febril muskelreumatism. Tillståndet då framgår af följande utdrag ur den upptagna journalen.

Status præsens d. $^{20}/_{12}$ 94: Pat. sängliggande, helst i höger sidoläge. Ansiktsuttrycket lidande, ej slött. Matlust och afföring dåliga. Puls regelbunden 120, något svag. Temp. m. 38,2, a. 39,5^0. Urin fri från ägghvita.

Tillståndet. Kranialnerverna visa vid jämförelse med förra status endast följande förändringar:

Venstra naso-labialvecket är något otydligare än det högra, och v. mungipan står något lägre och kan ej dragas upp så långt som högra.

Inga sensibilitetsrubbningar kunna konstateras. Muskelsinnet är möjligen nedsatt å venster underarm och hand.

Vensta armen är paretisk, handen hålles pronerad med armbågen i semiflexion, alla fingrarne äro flekterade, venster fot hålles plantarflekterad och supinerad. Alla rörelser kunna passift utföras, men stark rigiditet förefinnes vid rörelser i v. skuldran, armbågsleden och handleden samt i v. fotleden.

Aktiva rörelsemöjligheten i v. skulderled är mycket inskränkt, delvis beroende, som det tyckes, på en smärtsam ansvällning af m. cucullares, som uppstått de sista dagarne. V. armen kan dock höjas till något öfver 90^0. Böjning och sträckning i armbågsleden äro obehindrade, däremot äro pronation och supination samt alla rörelser i v. handled och fingrar aktift omöjliga, likaså eversion och dorsalflexion af v. fotleden. Gången svagt spastisk- paretisk med släpande tåspetsar (peroneustyp). Reflexerna som före operationen med den skillnad, att bukreflexerna äro starka å båda sidorna, och att i v. sida uppträdt patellar- och dorsalklonus. Inga anfall.

Patienten hade öfverflyttats till medicinska afdelningen, sedan såret läkts, på grund af en tillstötande feber $^{16}/_{12}$. D. $^{18}/_{12}$ anmärktes en stark ömhet och ansvällning af m. cucullaris sin. öfre del och d. $^{19}/_{12}$ äfven af samma muskel å h. sida; samma dag kändes äfven ömmande förhårdnader i v. musc. qvadriceps.

$^{21}/_{12}$ var ömheten minskad och $^{23}/_{12}$ var pat. feberfri. Temperaturen hade aldrig öfverskridit 39,5°.

$^{27}/_{12}$. Utskrifves utan att hafva haft något anfall till hemmet

Vi finna häraf, att en förbättring inträdt så till vida, att krampanfallen upphört, ehuru för öfrigt förlamningarne ej häfts och en sådan om också lindrig tycktes hafva tillkommit i v. facialisgebitet, sannolikt såsom följd af det operativa ingreppet. Krampanfallens försvinnande, oaktadt intet sjukligt anträffades å det blottlagda hjärnpartiet, är rätt anmärkningsvärdt; och farhågan för, att detta upphörande endast var temporärt, har beklagligtvis bekräftat sig, i det enligt senare underrättelser krampanfall af samma art, som förut funnits, ånyo inträdt och detta ganska våldsamma sådana.

Fråga torde under sådana förhållanden vara, om det ej vore skäl att företaga en ny trepanation å annat ställe. Ty det synes mig vara mycket sannolikt, att förändringar måste finnas här på grund af den erfarenhet, man vunnit både på grund af sektioner och trepanationer om det anatomiska underlaget för sådana symptombilder som den hos patienten uppträdande. Det negativa resultatet vid den elektriska retningen kan tala för, att armcentrum ej träffats, åtminstone ej dess bakre delar, från hvilka de lättast observerbara finger- och handrörelserna kunna utlösas.

Operation d. $^{22}/_{11}$ (Dr Lindh). Å det rakade hufvudet bestämdes först på vanligt sätt läget af den underliggande Sulcus Rolando. Därefter gjordes öfver högra hjässbenet, motsvarande armens centrum å hjärnan, ett bågformigt 20 ctm. långt snitt genom hud och periost, så att lambån kom att ligga uppåt och stjälken nedåt. Ett ytligt 5 öre-stort benparti af lamina externa frånmejslades och fick förblifva qvarsittande vid hudlambån, som veks nedåt. Medelst mejsel trepanerades nu kraniet och med gouche-tång förstorades öppningen till ett 5- öres storlek. Duran, af normalt utseende och icke starkt spänd, klöfs.

Därunder syntes den något blåviolett färgade hjärnmassan pulsera. Dess konsistens kändes normal, och pian däröfver var ej förtjockad. Sedan trepanationsöppningen något förstorats, gjordes af Dr Köster försök att med elektrisk retning bestämma, huruvida från det blottade hjärnpartiet, som att döma efter gyris förlopp borde motsvara centralgyri, ryckningar kunde utlösas någonstans, dock med negatift resultat.

Punktion med pravaz-spruta gjordes in i hjärnmassan rätt djupt åt alla håll, utan att något abnormt upptäcktes. Då ej heller med elektricitet kunnat utrönas det precisa läget af armcentrum, ansågs ej heller lämpligt att exstirpera någon del af hjärnans corticalis, hvarför durans flikar hopsyddes med katgut, och hudlambån med vidhängande ben fastsuturerades, sedan en jodoformgasvel blifvit lagd i sårvinklarne.

Efter sitt uppvaknande kräktes pat., men såg ej vidare medtagen ut. Pulsen kraftig.

$^{23}/_{11}$. På f. m. ett anfall med ryckningar i venstra armen och benet. Stundtals hufvudvärk. Allmänna tillståndet godt.

$^{24}/_{11}$. 2 lättare anfall.

$^{25}/_{11}$. Sömnen god. Inga anfall. Ingen hufvudvärk.

Sedermera tillståndet mycket tillfredsställande. Inga anfall, utom att pat. ibland kände några ryckningar i venstra ögat och mungipan.

$^{1}/_{12}$. Såret läkt utom i vinklarne, där jodoformgasvelarna legat.

$^{2}/_{12}$. Upprepade anfall af ryckningar i både arm och ben, ansikte och nacke. Eljest tillståndet godt.

$^{3}/_{12}$. Också anfall.

Sedermera inga anfall före utskrifningen. Däremot blef pat. d. $^{11}/_{12}$ febril och fick smärtor i benen, hvilket fortfor till d. $^{16}/_{12}$, då han öfverflyttades till medicinska afdelningen.
