



HANDBOUND  
AT THE



UNIVERSITY OF  
TORONTO PRESS







Digitized by the Internet Archive  
in 2010 with funding from  
University of Toronto





Med  
108

7758

# NORDISKT MEDICINSKT ARKIV

UNDER MEDVERKAN

AF

Prof. Dr G. ASP, Arkiatör, Dr O. HJELT, Prof. Dr E. A. HOMÉN, Prof. Dr J. W. RONEBERG, Generaldirektör  
Dr FR. SALTZMAN, i Helsingfors. — Prof. Dr G. A. GULDBERG, Prof. Dr H. HEIBERG, Dr A. HOLST,  
Prof. Dr J. NICOLAYSEN, i Kristiania. — Prof. Dr I. H. CHIEWITZ, Kredsälge E. M. HOFF, Prof. Dr  
C. REISZ, Prof. Dr F. TRIER, Dr OSKAR BLOCH, Prof. Dr T. HOWITZ, Dr L. MEYER, i Köbenhavn. —  
Prof. Dr C. ASK, Prof. Dr V. ODENIUS, Prof. Dr S. RIBBING, i Lund. — Prof. Dr J. BERG, Prof.  
Dr R. BRUZELIUS, Prof. Dr J. G. EDGREN, Prof. Dr greve K. A. H. MÖRNER, Prof. Dr C. ROSSANDER,  
Prof. Dr E. ÖDMANSSON i Stockholm. — Prof. Dr P. HEDENIUS, Prof. Dr S. HENSCHEN, Prof.  
Dr FR. HOLMGREN, Prof. Dr K. LENNANDER i Upsala.

REDIGERADT OCH UTGIFVET

AF

PROF. DR AXEL KEY,  
I STOCKHOLM.

TJUGOSJUNDE BANDET.

MED 8 TAFLOK OCH 22 AUTOTYPIER.

213895-  
8:7:27

NY FÖLJD.

1895.

BAND V.

STOCKHOLM

P. A. NORSTEDT & SÖNER.

HELSINGFORS

KRISTJANIA

KÖBENHAVN

G. W. EDLUNDS BOKHANDEL.

J. W. CAPPELEN.

H. HAGERUP.

R  
81  
N72  
5d. 27

## INNEHÅLL.

---

	Sid.
N:r 1. Om käksvulster med ursprung ifrån tandepitelgrodd- listan. Af C. A. LJUNGGREN. Med 4 taflor och 16 autotypier . . . . .	1—69.
N:r 2. Et Tilfælde af Osteomalaci. Foredrag holdt i Med. Selskab d. 6 Marts 1894 af Dr. Med., Reservelæge POUL HERTZ. Med 2 Tavler . . . . .	1—33.
N:r 3. Om excision vid spina bifida. Af ANDERS HANSSON i Varberg . . . . .	1—49.
N:r 4. Nordisk medicinsk litteratur från 1894 . . . . .	1—44.
N:r 5. Comptes-rendu du traité publié au tome XXVII, n:o 2 . . . . .	1— 2.
N:r 6. Die Geschlechtswahl der Krankheiten. Das Geschlecht der Taubstummen. Von Prof. V. UCHERMANN i Kristiania . . . . .	1—31.
N:r 7. Om käksvulster med ursprung från tandepitelgrodd- listan. Af C. A. LJUNGGREN. (Forts. fr. n:r 1) .	1—29.
N:r 8. Om excision vid spina bifida. Af ANDERS HANSSON i Varberg. (Forts. fr. n:r 3) . . . . .	1—95.
N:r 9. Lidt Nyrekirurgi, meddelt i det Medicinske Selskab i Köbenhavn den 19 Februar 1895. Af Prof. FR. HOWITZ . . . . .	1— 9.
N:r 10. Nordisk medicinsk litteratur från 1894 . . . . .	1—28.
N:r 11. Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVII, n:os 8 et 9 . . . . .	1— 2.
N:r 12. Weitere Versuche mit der Behandlung mit Wärme. Von D:r EDVARD WELANDER in Stockholm . . .	1—10.
N:r 13. Ein Apparat für constante locale Wärme (Hydrothermo- stat). Von EDV. BERLIEN. Mit 2 Abbildungen .	1— 5.
N:r 14. Om Underbinding af aa. uterinæ ved fibroma uteri. (Fra Prof. HOWITZ's Klinik på Frederiksberg.) Af POUL KUHN i Köbenhavn . . . . .	1—12.

	Sid.
N:r 15. Einige Beobachtungen über die Spina supra meatum. Von Prof. D:r CARL M. FÜRST in Lund . . . . .	1— 6.
N:r 16. Fehlerhafte Zahnbildung bei erworbener Syphilis. Von D:r EDVARD WELANDER in Stockholm. Mit 1 Tafel	1—19.
N:r 17. Obstetricisk-gynäkologisk Literaturoversigt for 1894. Af D:r med. LEOPOLD MEYER i Köbenhavn . . . . .	1—54.
N:r 18. Nordisk medicinsk literatur från 1895 . . . . .	1—45.
N:r 19. Comptes-rendu du traité publié au tome XXVII, n:o 14 . . . . .	1— 2.
N:r 20. Über intravitale Erweichung und Höhlenbildung in den Nebennieren. Von Prof. M. W. ODENIUS in Lund . . . . .	1— 8.
N:r 21. Bemærkninger om Diagnose og Behandling af per- foratio ventriculi et duodeni. Af Dr. med. C. A. BLUME . . . . .	1—75.
N:r 22. Om reftbenskondrit. Af Prof. JOHN BERG i Stockholm. Med 1 tafla . . . . .	1—45.
N:r 23. Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 till 1 mars 1895. Af Öfverläkaren ALRIK LINDH . . . . .	1—27.
N:r 24. Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationer for Brok i Danmark, Fin- land och Sverige i Femåret 1890—1894 . . . . .	1—82.
I. Beretning fra Danmark, statistisk sam- menstillet af KR. POULSEN . . . . .	sid. 1.
II. Bidrag från Finland till Nord. kirurgiska föreningens samforskning, rörande radikal- operation för bråck, meddelade af Prof. M. W. AF SCHULTÉN . . . . .	» 35.
III. Bidrag från Sverige till Nord. kirurgiska föreningens samforskning, rörande radikal- operationer för bråck, meddelade af Dr. J. BÖRELIUS . . . . .	» 56.
N:r 25. Nordisk medicinsk literatur från 1895 . . . . .	1—50.
N:r 26. Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVII, nos 21 à 24 . . . . .	1—14.
N:r 27. Om actinomycesis hominis och dess förekomst i södra Skåne. Af Lasarettsläkaren, D:r C. A. LJUNG- GREN . . . . .	1—26.
N:r 28. Iagttagelser af Ingvinalhernie hos Börn. Foredrag ved Nordisk Kirurg. Förenings 2:det Möde i Kri- stiania 1895. Af SIGFRED LEVY i Köbenhavn . . . . .	1— 7.



	Sid.
N:r 29. Kastration for Prostatahypertrofi. Af Dr. F. RAMM i Tromsø . . . . .	1—12.
N:r 30. Forhandlingerne ved Nordisk Kirurg. Forenings 2:det Møde i Kristiania 11—13 Juli 1895. Ved Over- kirurg E. A. TSCHERNING, Foreningens General- sekretär. Med 4 Avtotypier . . . . .	1—98.
N:r 31. Nordisk medicinsk literatur från 1895 . . . . .	1—35.
N:r 32. Comptes-rendu du traité publié au tome XXVII, n:o 27 . . . . .	1— 2.
Innehållsförteckning till årg. 1895 . . . . .	I—XXXIII.

## Förteckning öfver referaten.

### *Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:*

GUSTAF NÖRDLUND: Om människaas upprätta, stående kroppsställning. — ERIK MÜLLER: Om inter- och intracellulära körtelgångar. — R. TIGERSTEDT: Die Entdeckung des Lymphgefäßsystemes (OLAUS RUDBÄCK d. ä. und THOMAS BARTHOLINUS). — J. H. ÅKERMAN: Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Pylorussekretes beim Hunde. — E. O. HULTGREN und E. LANDERGREN: Ueber die Ausnutzung gemischter Kost im Darne des Menschen. — I. E. ALÉN: Analyser af kvägsamjök. — CARL TH. MÖRNER: Några röa augäcade kondroitinsvafvelsyraas förekomst. — I. HEDENIUS: Enkel metod att påvisa gallfärgämne i ikteriska vätskor.

C. J. SALOMONSEN: Det SEMPERske Dvärgforsög. — N. R. FINSEN: Om periodiske årlige Svingninger i Blodets Hämoglobinmängde. > 10 > 1—2.

E. TOBIENSEN: Bidrag til Læren om Blodets Rolle ved Venenes respiratoriske Stofskifte. — NIELS R. FINSEN: Lyset som Incentament. — C. G. SANTESSON: »Einige Beobachtungen über die Ermüdbarkeit der motorischeo Nerveneadigungen und der Muskelsubstanz.» — MAGNUS BLIX: Die Länge und Spannung des Muskels. > 18 > 1—4.

CARL M. FÜRST: Några iakttagelser öfver spina supra meatum. — CARL TH. MÖRNER: Ett fall af tarmsstenar hos människa. > 25 > 1—2.

### *Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:*

F. G. GADE: Patologisk anatomisk Kasuistik. IV. Et Tilfælde af Anenecefali og total Amyeli med flere andre Dannelsesfejl. < 4 sid. 6.

D. E. JACOBSON: Kongenit, partiel Gigantofyti; Trommestik-fingre; toxiske, perifere Nevritter efter Influenzapeevnoui. > 10 ss. 2—3.

H. HOLSTI: Fall af melanosarkom i lefvern. — H. VOOT: Omphalo-pagus, paracephalus cardineus. > 18 > 4—5.

V. UCHERMANN: Die Geschlechtswahl der Krankheiten. Das Geschlecht der Taubstummeu. — A. HALVORSEN: Medfødte Defekter og Misdooselser af Fingre hos Moder og Datter. — POUL HERTZ: Et Tilfælde af Osteomalaci. — R. M. BERG: Et Tilfælde af cysticereus cellulose hertilands (Norge). — A. SELL: Maligne Nydannelsers Påvirkning af erysipelas. — A. JOSEFSON: Om färgning af blod för kliniskt ändamål. — FIBIGER: Bakteriologiske Studier over Difteri. > 25 > 3—5.

H. STILHOGF: Lav Temperatur. — H. ADSESEN: Bidrag til Læren om Periodicitet. II. — CARL SUNDBERG: Mikroorganismerna från läkareus synpunkt. > 31 sid. 1.

*Speciel patologi och terapi:*

F. LENNEMALM: Om kombinerade skleroser i ryggmärgens Nr 4 ss. 7—13. bak- och sidosträngar. — L. WOLFF: Om gastriska kriser ved tabes, särskildt såsom initialsymptom. — H. KÖSTER: Ett fall af traumatisk nevros. — CHR. LEEGAARD: Nevrologiske Meddelelser: Om Anæstesi ved perifere Nerveidelser. — KRISTIAN GRÖN: Myxödem. Hypertrofi af hypophysis cerebri. — ISAGER: Et Tilfælde af Afasi i Tilslutning til krupös Pnevmoni. — A. FLÖYSTRUP: Et Tilfælde af Död ved Hjärtslag. — G. D. WILKENS: Kreosotterapi vid lungtuberkulos. — N. SAMUELSON: Ett fall af fistula œsophageo-pleurothoracica. — H. KÖSTER: Primär actinomycosis pulmonum med metastaser. — THURE HELLSTRÖM: lakttagelser angående difteribacillens fortvaro hos difteripatienter. — AASER: Om Smitte ved Skarlagensfeber. — AUG. KOREN: Om Smitte ved Skarlagensfeber. — V. KROHN: Tre Tilfælde af Kopper, behandlede i rødt Lys. — NIELS R. FINSEN: Om Behandling og Forebyggelse af ascites. — H. KÖSTER: Kronisk ikterus genom lymkörtelkompression. — H. KÖSTER: Till de appurativa kolecystiternas kasuistik. — AXEL THOMSEN: En Metode til kvantitativ Saltsyrebestemmelse i Maveindhold. — L. NYROP: En elektrisk Vibrator.

RAONAR BRUZELIUS och JOHN BERG: Fall af hjärntumör; operation; förbättring. — S. LAACHE: Om pyopneumothorax subphrenicus och empyema pleuræ med Udgangspunkt fra Underlivet. — KR. THUE: Til Belysning af den subfreniske pyopneumothorax's Patogenese. — KNUD FABER: Om HANOTS Sygdom og om intermitterende Galdefeber. — G. NÖRREGAARD: To Tilfælde af Difterit behandlede med SCHERING'S Difteri-Antitoxin. > 10 > 3—6.

H. HOLSTI: Om tyfoideherepidemin i Helsingfors under sommaren och hösten 1893. — H. HANSEN: Difteriens Spredningsmåde. — LARS NILSSON: Om difteri i Skurups distrikt 1891—94 jämte några ord om difterins inkubationsid och behandling. — THURE HELLSTRÖM: Fyra fall af difteri, behandlede med det nya difteri-antitoxinet. — A. HÖRRING: Blodserumterapien med särskilt Hensyn til Behandlingen med Antidifteriserum. — ADOLF NORDBERG: Ett bidrag till kännedomen om hämofilins förekomst i Finland. — RUD. KOLSTER: Om hämofili hos kvinnor. — M. GADD: Två fall af progressiv muskel-atrofi med ovanligare förlopp hos halfsyston. — H. HOLSTI: Ett fall af ischias scoliotica. — M. GRÖNDAHL: Om elektrisk Massage. — AXEL HOLMBERG: Bidrag till kännedom om FLECHSIG'S opium-brombehandling vid epilepsi. — H. HOLSTI: Fall af diabetes mellitus, uppkommen efter en stöt mot magen. — F. LEVISON: Hvilken Rolle har Sukkeret i Stofskiftet, og hvorledes opstår diabetes? — J. W. RUNEBERG: Fall af aotockton trombos i sinus longitudinalis och högra sinus transversus. — J. W. RUNEBERG: Fall af trombos i högra arteria subclavia. — R. SIEVERS: Blyförgiftningar. — JENS SCHOU: Et Tilfælde af Trombestikfingre ved Emphyem. — O. TORSTENSSON: Om anvædningen af kreosot- och guajakol-karbonaten vid ftisis. — JUELL: Om Oprettelse af et dansk Sanatorium samt Tilsvær herom til Hr. Dr. SAUGMAN. — PONTOPPIDAN: Om Oprettelse af et Sanatorium for brystsyge. — SAUGMAN: Til Sanatoriediskussionen. — GEILL: Sanatorier for brystsyge. — JUELL: Mit sidste Gensvar i Sanatoriessagen. — SÖREN HANSEN: Om Sanatoriet for brystsyge. > 18 > 6—11.

H. KÖSTER och A. LINDH: Kortikal epilepsi, trepanation. — > 25 > 5—11.  
H. S. VETLESEN: Hjärne-extrakt snbktant ved nevrasteniske

Tilstande. — MARIUS LAURITZEN: Diabetes mellitus behandlet med Pankreas. — JOH. MYGGE: Diabetes mellitus behandlet med Pankreas. — MARIUS LAURITZEN: Svar til Hr. Overlæge MYGGE. — VERMEHREN: Studier over Myxödemet. — KNUD FABER: Pericidös Anæmi som Følge af Tarnlidelse. — VOGELIUS: Om Ledlidelser under Forløbet af kropøs Pnevmoni. — J. LENCHE: Et Tilfælde af morbus Basedowii, behandlet med pill. gland. thyr. — GRAM: Diagnosen af morbus Basedowii med særligt Hensyn til Begyndelsesstadiet (forme fruste). — Diskussion i medicinsk Selskab i Anledning af oven anførte Foredrag. — NILS ENGLUND: Difteri och dess behandling. — SÖRENSEN: Forsøg med Serumbehandling (tyisk Serum). — THYMANN: Difteri og scarlatina. — CHR. VON HAVEN: Difteriostatistik på Sygehusene i Abeltoft. — BLOCH: Citronsyre mod diphtheritis. — H. KÖSTER: Om guajakalbehandling af feber. — H. KÖSTER: Primær endocarditis acuta valv. pulmonal. — CHR. F. BONNEVIE: Et Tilfælde af akut forløbende cancer hepatitis. — F. LEVISON: Om Behandling af Uriasyrekankremerter.

S. MONRAD: Om Afasi, særligt hos kejtthådede. — SCHNICKE: Nr 31 ss. 2—3. KER: Et Par Tilfælde af subnormale Temperaturer på St. Johannes Stiftelse. — ZAHRTMANN: Akut Anæmi; lav Temperatur. — POUL HEJBERG: Varmens Indflydelse på Difteriens Tilbøjelighed til at søge ned i larynx. — GEORG LARSEN: Nogle Bidrag til den kroniske diphtheritis's Kasuistik. — OLRİK: Anvendelse af Fenosalyl. — JACOBÆUS: Et Tilfælde af cancer duodeni med Død under Symptomer på Avtointoxikation.

#### Kirurgi och oftalmiatrik:

G. AHLSTRÖM: Oftalmometriske studier. — G. AHLSTRÖM: Redogörelse för 100 starroperationer. — K. G. LENNANDER: Fall af farynxerysipelas. — H. MYGIND: Om Klöroformarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer. — ARNOLD LARSEN: Om Klöroformarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer. — H. MYGIND: Bemærkninger i Anledning af Dr. med. ARNOLD LARSENS Artikel om Klöroformarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer. — K. G. LENNANDER: Arrstriktar i œsophagus hos ett 2 månader gammalt barn; yttre œsophagotomi; hälsa. — A. LINDH: Tarminvagination hos ett 5 månaders barn, häfd medels laparotomi och reposition. — K. SCHILLER: Några operationer för appendicitis. — A. LINDH: Appendiciter, opererade under det fria stadiet. — J. C. HOLST: Et Tilfælde af appendicitis. Fäkalsten udbragt ved Incision og Dränage. — O. BLOCH: Extraabdominal Resektion af hele colon descendens og et Stykke af colon transversum for cancer. — KARL SCHILLER: Fall af nefrektomi + ureterektomi. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

WILH. RYDER: En Knappeaål gennem ductus Whartonianus. — ENGELSEN: Førelvisning af en Patient med akkvisit Ganespalte. — GRÖNBECH: Om Forholdet mellem enuresis nocturna og adenoide Vegetationer i Næsesvulgrammet. — G. KLÆR: Tre Tilfælde af akut miliær Svulgtuberkuløs. — G. BÄÄRNHJELM: Fall af farynx-erysipelas. — H. MYGIND: Thyroiditis acuta simplex. — K. G. LENNANDER och S. E. HENSCHEN: Fall af bronko-axillär fistel. — K. G. LENNANDER: Ett fall af mjält-ektirpation. — K. G. LENNANDER och CARL SUNDBERG: Perinephritis acuta post nephritis, ascendent, gravidæ (bacterium coli commune). — K. G. LENNANDER: Om appendicit och dess komplikationer. — K. G. LENNANDER: Om hudtrans-

plantation. — H. MAAG: En typisk Fødboldlæsion. — O. BLOCH: Smånoter fra den kirurgiske Praxis. — K. G. LENNANDER: Ett fall af hudtuberkulos, som saanolikt inympats med vaktiononen. — O. BLOCH: Til Belysning af Værdien af de sterile Forbindingsstoffer i to Lag Filterpapir. — CAM. NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

GORDON NORRIE: Vore Børns Øjne. Populær Vejledning i at N:r 18 ss. 12—22.

forebygge Øjensygdomme. — A. GULLSTRAND: Isolerad förlämnung af obliquus inferior. — A. GULLSTRAND: Bakteriefynd vid uleus rodens corneæ. — U. L. HELLGREN: Om den mekaniska och operativa behandlingen af trakom. — ALI KROGIUS: Ett fall af sensorisk afasi, uppkommen efter ett trauma och läkt genom trepanation. — SCHMIEGELOW: Bidrag till den otitiska Hjärneabscess's Diagnostik och Behandling. — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag till den operativa behandlingen af spina bifida. — WILH. MEYER: Adenoide Vegetationer, deres Udbredelse og Alder. — TH. ROVSING: Kirurgisk Kasuistik fra Dronning Louises Børnehospital. — HJ. VON BONSDORFF: Pancreatitis gangrenosa acuta. — HJ. VON BONSDORFF: Arterielventöst aneurysma på låret, behandladt med extirpation. — M. W. AF SCHULTÉN: Recidiverande osteomyelit och dess beroende af traumatiska inflytelser. Ett bidrag till olycksfallförsäkringens kasuistik. — ARTHUR AF FORSELLES: Ett fall af muskelbräck. — R. FALTIN: Bidrag till pseudartrosernas behandling. — ALI KROGIUS: Ett fall af kongenital luxation i knäleden med total defekt af patella. — GEORG LARSEN: Hudgagrun som Følge af Tryk på højre ulnaris. — ROVSING-HANSEN: Död af Aternarkose eller Anæmi. — E. A. TSCHERNING: Spascherbandager. — O. HECKSCHER: Om Mængde ved Indpakning af sterile Forbindingsstoffer. — O. BLOCH: Samme Titel. — NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

JOHAN WIDMARK: Om blindhet i Norden. — G. AHLSTRÖM: Fall af ensidig reflektorisk pupillörrlighet. — C. A. LJUNGREN: Om käksvulster med oprprung ifrån tandepitelgrodlisten. — G. KLÆR: Hæmatom (traumatisk Perikondrit) og akut primær perichondritis septi nasi. — SCHIÖTZ: Meddelelse fra Roskilde Amts Sygehus i Anledning af 161 Tilfælde af Krup. — ARCTANDER: 2 Tilfælde af Tandsæt i œsophagus. — FOGH: Tandsæt i œsophagus. — JENS SCHOU: To Tilfælde af appendicitis. Laparotomi ved Extirpation af proc. vermiformis. Helbredelse. — A. LINDH: Operationer för mera diffus peritonitis. — E. TSCHERNING: PHELPS Metode för radikal Brökoperation. — FRIMANN KOREN og AUGUST KOREN Jr.: Prostatahypertrofi med retentio urinæ, helbredet ved Kastration. — F. RAMM: Kastration og Prostatahypertrofi. — THORKILD ROVSING: Nyrens og ureters kirurgiske Sygdomme. — FR. HOWITZ: Lidt Nyrekirurgi. — A. LINDH: Kronisk pyelit. Bindvæfshyperplasi i njuren. Nefrektomi. — E. MÜLLER: Nefrektomi ved Nyretuberkulose. — TH. ROVSING: Om Diagnosen og Behandlingen af Nyresten. — E. TSCHERNING: Freuvisning. — ANDERS HANSSON: Om exsision vid spina bifida. — J. KAARSBERG: Om Behandlingen af mastitis med Utdømmelse af mamma. — OSCAR BLOCH: Bemærkninger om den indgroede Negl på Stortåen. — AAGE E. KLÆR: Om Kloroform og Aternarkose. — LEOPOLD MEYER: Om Kloroform og Aternarkose. — P. PANUM: Behandlingen af de almindeligst forekommende ortopædiske Lidelser. — P. LORENTZEN: Nogle almindelige Bemærkninger om Konstruktion af Bandager. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen. — NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

FRITZ KAYSER: Om det enkla startsnittet jämfört en sammansatt Nr 31 ss. 4—14.  
 ställning af de under åren 1891—1894 å kungl. Serafimerlasarettet utförda starroperationerna å senil Starr. — JOHAN HOLMSTRÖM: Dubbel iridodialys till följd af kontusion å ögat (med bild). — MICH. LARSEN: Om Öjensygdome under influensa. — JOHAN HOLMSTRÖM: Två fall af akut tårkörtelöfflammation. — P. SÖDERBAUM: Några erfarenheter i hjärnkirurgi. — P. SÖDERBAUM: Ett fall af meningohydrocephalocoele occipitalis. — J. LANDSTRÖM: Fall af nedsväljd magsköljnings slang. Extraktion genom kolotomi. Hälsn. — J. BORELIUS: Laparotomi för perforerande magsår. — JACQUES BORELIUS: Om MURPHYS Knapp. — G. EKEHORN: Redogörelse för några fall af appendicit. — G. EKEHORN: Til operationsmetoderna för inguinalbräck. — W. KARSTRÖM: Nybildningar i uriohlåsan. — JENS SCHOU: Bidrag til Behandlingen af luxatio coxae congenita. — F. BAUER: Om den ambulanta behandlingen af brott å nedre extremiteterna. — STUDSGAARD: Om Behandlingen af Varicer på Underextremiteterna. — ANDERS JOHANSEN: Atter et Tilfælde af Milthraud. — Kasnistik från läsasarettsläkarnes rapporter för år 1894. — B. BERGENHEM: Kirurgisk kasnistik från Nyköpings lasarett. — J. KAARSBERG: Et Dödsfald ved Aternarkose. — V. BENZON: Forevisning af antiseptiske og sterile Forbindingssager, Silke, Katgut o. s. v., præparerede i ALFR. BENZONS Fabrik. — Korrespondance.

### Psykiatri:

CHR. GEILL: Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger. — FR. LANGE: »Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger». — CHR. GEILL: Svar til Hr. Overlæge, Dr. med. LANGE. — FR. LANGE: Afsluttende Svar til Hr. Reservelæge, Dr. med. GEILL. — CHR. GEILL: Afsluttende Svar til Hr. Overlæge, Dr. med. LANGE. — D. E. JACOBSON: Om Slægtskabsforholdet mellem tabes dorsalis og dementia parietica. » 4 » 19—20.

FR. LANGE: De vigtigste Sindssygdomsgrupper i kort Omrids. — KNUD PONTOPPIDAN: Dementia paralytica. — Sindssyge kontra Sindssygelæger. — Forhandlinger i Borgerrepræsentationen. — Juristernes Regulativ for 6te Afdeling. — C. TORP, Prof. juris: Læger og Jarister. — Deo SCHIMMELMANNske Sag. — CHR. GEILL: Er en Reform på vort Sindssyggevæsens Område nødvendig? — N. FLINDT: Reformen af vort Sindssyggevæsen. » 10 » 15—16.

C. G. GÆDEKEN: To populære Foredrag om Sindssygd. — I. WIDERÖE: Om amœtia. — H. S. CHRISTENSEN: Om delirium acutum, særligt med Hensyn til Åtiologien. — F. MEYER og P. HEIBERG: 690 Hjernevejninger fra St. Hans Hospital. — CHR. GEILL: Om Reformen af Sindssyggevæsenet. » 18 » 23—24.

D. E. JACOBSON: Om Tabes-Psykoser. » 25 sid. 27.

KNUD PONTOPPIDAN: Psykiatriske Forelæsninger og Studier. — KNUD PONTOPPIDAN: Delirium tremens. — CHR. GEILL: Nogle Hjernevejninger fra Århus-Asylet. » 31 » 15—16.

### Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:

E. EHLERS: Syfilis og dementia paralytica på Island. — FIMNER JONSSON: I Anledning af Dr. EHLERS's Afhandling om syphilis og dementia paralytica. — E. EHLERS: Svar til Dr. F. JONSSON. — SCHIERBECK: Nogle Ord om Spedalskheden på » 4 » 20—22.

Island. — E. EHLERS: Svar til Landfysikus SCHIERBECK. — F. J.: I Anledning af Dr. EHLERS's Svar. — GIERSING: Om Syfilis i den engelske Hær (1860—1892). — E. EHLERS: Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om Expeditionen til Island for at studere den spedalske Sygdom. — E. EHLERS: Bidrag til Bedømmelsen af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold.

E. WELANDER: Till frågau om preventiv behandling af syfilis. Nr 10 ss. 17—18.  
— C. RASCH: Om multiple benigne Papillomer på Mundslimhinden og deres sandsynlige Oprindelse.

E. EHLERS: Til Syfilidologiens 400 Års Jubilæum. — CARL EKEKUND: 125 fall af gonorrhé, behandlede enligt den JANETSKA metoden. — MAGNUS MÖLLER: En ovanlig form af aene (sæne telerogietodes exulcerans). — A. HASLUND: Dermatitis berpetiformis (DUHRING). — EHLERS: Svar til Landfysikus SCHIERBECK. — EHLERS: Endnu nogle Ord vedrørende den spedalske Sygdom på Island. — HALLDORSSON: Svar til Dr. med. EHLERS. — EHLERS: Svar til Kontorebef HALLDORSSON. > 18 > 25—27.

E. STANGENBERG: Om syfilitiska affektioner i næsbn. — MAGNUS MÖLLER: Labyrintsyfilis. — CARL OTTO: Et abortivt Tilfælde af polymyositis pareochymatosa acuta i Tilslutning til ulcus gangrenosum penis. — E. KAURIN: Spredte Bemærkninger om lepra. — C. A. BERGH: Kasuistik från läsasarettet i Gefle: Keratoma palmare et plantare hereditarium. > 25 > 27—30.

BONDESEN: Bidrag til Bedømmelsen af de veneriske Sygdommes Udbredelse i forskellige Lande. — J. KJELLBERG: Några statistiska studier öfver de veneriska sjukdomarna i Sverge. — J. BLÖNDAL: Dr. E. EHLERS's Indberetninger om Spedalskheden i Island. — EHLERS: Svar til Dr. ISGEIR BLÖNDAL. — H. MÜNTER (Buffalo, N.Y.): Et Tilfælde af Sarkom, helbredet ved Erysipelastoxin. — HASLUND: Forevisning af en Patient med multiple kutane Sarkomer. > 31 > 16—71.

### *Obstetrik och gynekologi:*

KR. BRANDT: Det ektopiske Svangerskab. — H. VOGT: Spontan Reinversion ved en akut opstået Vrångning af Livmoderen. — ANDERS JOHANSEN: Fremhjælping af sidstkommende Hoved med Ansigt fortil. — AAGE E. KLÆR: Om Axetråktænger. > 4 > 22—25.

EMIL MÜLLER: Diagnosen og Behandlingen af den på et tidligt Stadium afbrudte extraterie Graviditet. — SOPHUS PRIOR: Om den »egentlige Aborts» rationelle Behandling. — K. G. LENNANDER: Några ord om kejsarsnittet på döda och på levande. — K. G. LENNANDER: Tre fall af placenta prævia. Ett fall af dessa med varbildning i symfysis oss. bubis. — LINCOLN PALJKULL: Om albuminuri hos nyförlösta kvinnor. — K. G. LENNANDER: Fall af pyosalpinx. Bidrag till den operativa behandlingen. — L. KRAFT: Ovariometri på en 84 $\frac{1}{3}$ -årig Kvinde med heldigt Udfald. > 10 > 19—22.

GARMANN ANDERSEN: Föetal tumor som Födels hindring. — O. ENGSTRÖM: En symfyseotomi. — A. ULRIK: Subkutant Emfysem, opstået under Födelse. — G. HEINRICIUS: En andra serie af hundrs laparotomier. > 18 > 28—29.

H. VOGT: Kunstig förtidlig Födelse ved trangt Bækken. — G. EKEHORN: Fall af tubo-uterin graviditet. — B. VEDELER: Primär Sterilitet. — KNUD PONTOPPIDAN: Om et Par sjældnere Nerveledelser hos puerpere. — F. WESTERMARK: Om den sarkala metoden för extirpation af en karcinomstös uterus. — > 25 > 31—35.

C. A. BERGH: Cancer corporis uteri. Sakral uterus-exstirpation. Död. — F. WESTERMARK: Ett fall af implantation af ureteren i blåsan. — F. WESTERMARK: Om vaginofixation af den retroflekterade uterus. — C. A. BERGH: Myofibroma uteri interstitiale. Retroperitoneal uterus-exstirpation medelst laparotomi. Hälsa. — POUL KUHN: Om Underbinding af aa. uterinæ ved fibroma uteri (fra Prof. HOWITZs Klinik på Fredriksberg). — WILHELM SCHMIDT: Ett fall af cancer vaginæ cum prolapsu vaginæ et uteri et vesicæ urinaariæ, behandladt med exstirpation af uterus och större delen af vagina — utgång: död. — A. V. THORÉN: Sju fall af ovariotomi för kystoma ovarii (5) och eysta ligamenti lati (2). — C. A. BERGH: Kystoma ovarii. Operation. Hälsa. — ANDERS HANSSON: Hymen imperforatus.

E. ALIN: Ett fall af hafvandeskap, kompliceradt med cancer Nr 31 ss. 18—20. ovarii et uteri. — A. V. THORÉN: Trene fall af supræcervikal uterus-exstirpation medels laparotomi för myom — M. SALIN: Om betydelsen af lifmoderns lägeförändring bakåt. — FR. LEVY: Den operative Behandling af fibroma uteri med särskilt Hensyn til den intraperitoneåle Behandling. — C. M. GROTH: Lysols användning såsom antisepticum och K. GRANSTRÖM: Revy öfver literaturen rörande lysoleas och närsläktade ämnes värde och användning såsom antiseptica inom gynekologisk och obstetrisk praxis. — CHR. V. HAVEN: Defloratio et (menstruatio?) metrorrhagia præcox. — HOWITZ: Sugning på Brystvorterne som Behandling af Fibromyomer i uterus.

#### *Pædiatrik:*

- HIRSCHSPRUNG: Den Möllerske Sygdom. (Synonymer: Akut > 4 > 26—27.  
Rakitis; så kalldt akut Rakitis; Skörbug hos Börn; den Barlowske Sygdom; den Sheadle-Barlowske Sygdom p. p.)
- ADSERSEN: Hovedomfang hos Börn. > 10 sid. 22.
- P. SILFVERSKIÖLD: Akut lymfadenit hos barn (PFEIFFERS > 25 > 36.  
Drüsenfieber).
- OTTO LENDROP: Om spondylitis i de överste Halsvirvler > 31 > 21.  
i Barnealderen.

#### *Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:*

- CARL TH. MÖRNER: KÖNIG och HARTZ's analysmetod till- > 4 > 26.  
lämpad å svenskt smör. — TORSTEN THUNBERG: Jämförelse mellan några i handeln tillgängliga pepsinpreparat.
- N. R. FINSÉN: Hämatin-Albumin. — ED. SCHÄR: Ueber > 10 ss. 23—25.  
die alkaloidähnlichen Reaktionen des Acetanilides. — CARL TH. MÖRNER: Om kresol som antisepticum. — C. G. SANTESSON: Versuche über die Nervenendwirkung methylirter Pyridin-, Chinolin-, Isochinolin- und Thalinverbindungen. — C. G. SANTESSON: Einige Bemerkungen über die Nervenendwirkung von Breinin und Strychnin. — SAUGMANN: Om Oprettelsen af et dansk Sanatorium for brystsyge. — LÜTZHÖFF: Om Beliggenheden af et dansk Ftisis-Sanatorium. — SÖREN HANSEN: Om et dansk Sanatorium for brystsyge. — SCHEPELERN: Bidrag til Diskussionen om Oprettelse af et dansk Sanatorium for brystsyge. — FRIEDENREICH: Notitser fra nogle Kuraustalter i Sverige.
- H. V. ROSENDAHL: Lärobok i farmakognoosi, häft. I (Phæo- > 18 > 29—31.  
phyce—Rosaceæ). — SEVED RIBBING: Terapeutisk recepthand-



bok på grandvålen af de oordiska ländernas farmakopéer för studerande och läkare. — S. HOLTH: Lyset, vor gule Öjensalve og de sædvanlige Salvekrukker.

H. V. ROSENDAHL: »Lärobok i farmakognosi». — II. V. Nr 25 ss. 36—37.  
ROSENDAHL: »Pharmakologische Untersuchungen über Aconitum septentrionale Kælle». — MÅRTEN ELFSTRAND: »Studier öfver alkaloidernas lokalisering, företrädesvis inom familjen Loganiaceæ».

FREDRIK ZACHRISSON: Om kloroform-eternarkosen, dess teknik, akcidenser och efterverkningar. — FREDRIK ZACHRISSON: Till frågan om narkosernas skadliga efterverkningar. — CHRISTENSEN, FLÖYSTRUP, PETERSEN og RÜTZOU: Kommentar til Pharmacopoes Danica 1893. — A. RAHLFF: Nogle Bemærkninger om Signaturen på Lægemedler. » 31 » 21—23.

*Rättsmedicin, undervisningsfrågor, historik, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:*

Den Schimmelmannske Sag. — W. DREYER: Död eller levende? » 4 » 28—35.  
— G. RASCH: Lägevidenskaben i Alexandriertiden. — O. MALM: Om Veterinärmedicinens og Menneskemedicinens indbyrdes Forhold. — Fjärde Beretning fra Forening for Ligbrænding. — I. CHRISTMAS: Om Desinfektion af Fækalier med elektrolyseret Saltvand (System Hermite). — J. CARLSEN: Den asiatiske Kolera. — NILS ENGLUND: Om sjuksköterskors anställande på landsbygden. — P. SÖDERBAUM: Om det svenska lasarettsväsendets sista skede. — L. C. BLOMGREN: Köttkontrollen i Göteborg 1893. — GUST. KJERRULF: Fördyras köttet genom slakthus och köttbesiktningstvång? samt kunna offentliga slakthus bära sig? — Kommunalaämndernas uppgifter till provinzial- eller distriktsläkarna. — Kongl. maj:ts nåd. skrivelse till dess och rikets kommerskollegium, angående tillämpningen af § 1 i nåd. kungörelsen d. 18 nov. 1892 angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket, af d. 13 maj 1893. — Kongl. maj:ts nåd. skrivelse till dess medicinalstyrelse, angående inrättade inom styrelsen af en särskild afdelning för ärenden rörande kolerafarsoten, af d. 9 juni 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående vissa åtgärder till förekommande af kolerans utbredning bland rikets invånare; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket genom ntvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 2 sept. 1893. — Kongl. maj:ts nådiga kungörelse, angående införsel af varor, som kunna misstänkas medföra kolerasmitta; gifven Stockholms slott d. 15 sept. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893. — Kgl. medicinalstyrelsens kungörelse med föreskrifter för efterbesiktning å resande, som öfver icke kolerasmittad hamn ankomma till Sverige; gifven i Stockholm d. 27 sept. 1893. — Taxa å arfvode för undersökning af passagerare enligt kgl. kungörelsen d. 22 sept. 1893, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; af kongl. medicinalstyrelsen faststald d. 21 sept. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående frihet från lösen för vissa bevis; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893. —

Kongl. maj:ts och rikets kommerskollegii kungörelse angående de städer i riket, uti hvilka finnas inrättade, vederbörligen godkända anstalter för desinfektion af begagnade säng- och gångkläder, som till riket införas; gifven i Stockholm d. 9 okt. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående förändrad föreskrift rörande områdes förklarande fritt från koleran; gifven Stockholms slott d. 16 nov. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående upphäfvande af nåd. kungörelsen d. 2 sept. 1893 angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 8 dec. 1893.

O. M. GIERSING: Den offentlige Prostitutions Afskaffelse i N:r 10 sid. 26. vore Köbstäder.

Kongl. medicinalstyrelsens kungörelse någande af kongl. maj:it fastställda förnyade stadganden om hvad inkttagas bör vid rättskemiska undersökningar; gifven i Stockholm d. 9 febr. 1894, och kongl. medicinalstyrelsens cirkulär till läkare och apotekare i riket med särskilda föreskrifter rörande rättskemiska undersökningar; gifvet Stockholm d. 12 febr. 1894. — JUL. PETERSEN: Om Lügen og Filosofen La METTRIE. — GORDON NORRIE: Födelsvidenskapen og Jordemodervæsenets Udvikling i Danmark for 1714. — Vår provinsialläkarekårs rekrytering. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående ädrad lydelse af § 40 mom. 3, § 43, § 44, § 51 mom. 1 och 2 samt § 57 i nåd. instruktionen för läkare, som äro för hälso- och sjukvården inom visst område anställda, äfvensom för andre, som utöfva läkarekonsten, d. 31 okt. 1890; gifven Stockholms slott d. 19 okt. 1894. — C. J. SALOMONSEN: Kursus for Embedslæger. — Børnemskefrågan. — E. M. HOFF: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark og Bilande 1893. — Fra Bestyrelsen for den almindelige danske Lægeforening. — Ottende Beretning fra Foreningen for Lægevagststationer 1894. — VALD. HANSEN: Om Kontrol med Banefunktionærernes Helbredstilstand og Sanser med særligt Henblik på de danske Privatbaaer. — VALD. HANSEN: Om de hygiejniske Forhold og Snadhedsforholdene hos Lokomotivpersonalet. — E. M. HOFF: Det kongel. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1893. — J. CARLSEN: Dødsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1893. — E. M. HOFF og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1892. — N. P. SCHIERBECK: Hygiejniske Meddelelser. Om Legemets Minimalbehov af Aggehvide. — TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København. — A. ULRIK: Kunstig Udtørring af nye Bygninger — Foreningen for trængendes Landophold. — Børnesanatorierne for København og Omegn 1890—92 og 1893. — CURT WALLIS: Hälsovårdsförhållanden vid svenska folk- och småskolor. — EDV. FORSSBERG: Om skollofskolonier. — Om hälso- och sjukvården för Sverges landsbygd. III. — Københavns Amts nye Sygehus. — E. ALMQUIST: Torfmullen i renhållningens tjänst. — GÆDEKEN: Kortfattet Fremstilling af de almindeligt brugte Renovationssystemer. — CARÖE: Københavns Natterenovationsvæsen. — HOFF: Københavnske Latrinforhold. — AX. ULRIK: Indførelse af Vandklosetter i København. — SCHIERBECK: Københavns Renovationsvæsen. — AMBT: Om Konstruktion af Vandklosetter. — JACOB MEYER: Underjordiske Nødtørftanstalter. — JOH. RUMP: Latrinvæsenet i danske Provinsbyer. — H. P. ØRUM: En ny københavnsk Kirkegård. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, om ändrad lydelse af § 5 mom. 1 i nåd. kungörelsen den 14 juli 1893, angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket;

, 18 ss. 32—42.

gifven Stockholms slott d. 14 aug. 1894. — »Förslaget till nytt reglemente för vaktionen.»

HJ. DILLNER: Några rättskemiska studier. — E. NYLANDER: Nr 25 ss. 38—39. Ett rättmedicinskt fall. — HENRIK STILHOFF: Et Tilfælde af mandlig Hermafroditisme (Kanasagen) med epikritiske Bemærkninger, navnlig angående Forholdet mellem Religiøsitet og Kønndrift. — H. F. MÖLLER: En Indsigelse. — CHR. GEILL: Om et retsmedicinsk Institut. — RINGBERG: Jus practiandæ. P. SÖRENSEN: D:o d:o. H. J. MÖLLER: D:o d:o. TÖRRILD: D:o d:o. — STILHOFF: Kursus for Embedslæger. DREYER: D:o d:o. — Medicinalreformen. — H. KAARSBERG: Same, Nordens sidste Nomad. — H. A. NIELSEN: Om det gamle Roms Vandforsyning. — A. ULRIK: Om det gamle Roms Vandforsyning. — C. H. NERÉN: Biologi og medicin i kamp mot medeltiden. — EDV. EHLERS: Ignis sacer et Sancti Antonii. — I. S. BERTHESEN: Blade af Klampenborg Badeanstalts Historie. — Oslglig lakare- och apotekareverksamhet. — Läkare och kvacksalveriet. — H. P. ÖRUM: Om Tilgangen til Lægestanden. — J. LEHMANN: Sundhedsvedtægterne. — CURT WALLIS: Hälsovårdslära. — CURT WALLIS: Fysiologi och hälsovårdslära jämte en kort sjukvårdslära för flickskolorna och hemmen. — KLAS LINROTH: Berättelse till kgl. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1894 af Stockholms hälsovårdsnämnd. — HENRIK BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1894. — Årsberättelser från 1:ste provinsialläkare: ERNST BJÖRKMAN, Vestmanlands län; H. NORDENSTRÖM, Östergötlands län; A. E. GOLDKUHL, Kronobergs län; PONTUS SÖDERBERG, Hallands län; J. E. BERGWALL, Gefleborgs län. — ERNST BOLIN: Om hälso- och sjukvården i Upsala stad 1894. — G. H. DOVERTIE: Om hälsotillståndet i Kristianstads folkskolor. — G. H. DOVERTIE: Våra folkskolelokalers beskaffenhet i hygieniskt hänseende. — LARS NILSSON: Om difterin i Skurups distrikt 1891—1894 jämte några ord om difterins inkubationstid och behandling. — THURE HELLSTRÖM: Difteristatistik från Stockholms epidemisjukhus för år 1894. — J. BERGGVIST: Om pertussis. — LORENTZEN: Febris rheumatica. Sygelighedens Opræden og Udbredelse i Köbenhavn 1887—1891. — STURE CARLSSON: Några anteckningar om skarlakansfebern på Katarina sjukhus. — J. BERGGVIST: Om abdominaltyfus hos barn. — IVAR ANDERSSON: Ett kolerafall i Stockholms hamn sommaren 1894, jämte några ord om gällande föreskrifter till förekommande af kolerans införande och utbredning bland rikets innevånare. — J. BONDESEN: Den animale Vaccinations Udbredelse i Danmark, med Beretning om Virksomheden ved den kgl. Vaccinationsanstalt i 1894. — G. H. DOVERTIE: De smittosamma sjukdomarna och deras bekämpande. — NILS ENGLUND: Om smittosamma sjukdomar och åtgärder till förekommande af deras spridning. — CARL WALLER: Några af karantänssystemets fördelar och brister. — Underdånig berättelse angående medicinalstyrelsens verksamhet till förekommande af kolerans införande och utbredning i Sverige under år 1894. — C. E. WALLER: 1894 års slutrapport från Fejan.

MICH. LARSEN: HIPPOKRATES' og VIRCHOWS »anatomiske > 31 > 24—28. Tanke». — CARL LORENTZEN: Om Tilgangen til Lægestanden. — Den almindelige danske Lægeforenings 23de Møde i Köbenhavn d. 29 og 30 Avg. 1895. — H. P. ÖRUM: Medicinalkort over Danmark. — CHR. TRYDE: Årsberetning om Sundheds-tilstanden i Köbenhavn for 1894. — G. BEHNCKE og A. GOLDSCHMIDT: Hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg og

Hvidovre Sogne. — G. BEHNCKE: Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg Sogn. — G. BEHNCKE: Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Hvidovre Sogn. — J. G. DITLEVSEN: Bemærkninger om de sanitære Forhold i Gentofte og Brøndshøj Sogne. — N. J. STRANDGAARD: Sygeligheds- og Dødelighedsforholdene i Søndbyerne på Amager. — J. CARLSEN: Nogle Bemærkninger om Forholdet mellem Hovedstaden og dens Nabokommuner i sanitær Henseende. — G. MAGNUSSON: Tuberkulose på Island.

*Berættelser från sjukvårdsanstalter:*

Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Bleg-Nr 4 ss. 35—39. —  
dams hospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1893. —  
Beretninger om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter  
i 1893. — 33te Beretning om Andssvageanstalten på gl. Bakke-  
hus ved Köbenhavn for Året fra 1ste April 1891 til 31 Marts  
1892. — 34te Beretning om Andsavageanstalten på gl. Bakke-  
hus og Ebberødgård for Året fra 1ste April 1892 til 31 Marts  
1893. — De Kellerske Andssvageanstalter 1ste Januar 1891 til  
1ste April 1894. — Enogtredive Beretning om den danske  
Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1ste  
Jan. 1891 til 31 Dec. 1893.

K. G. LENNANDER: Rapport öfver operationer utförda å  
Akad. sjukhuset i Upsala år 1892 och såsom tillägg därtill  
K. G. LENNANDER: Den aseptiska sårbehandlingen vid den  
kirurgiska kliniken i Upsala. — W. HOLM: Femårsberetning  
for Kuranstalten Tandem. > 10 > 26—27.

Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl.  
Födels- og Plejestiftelse for Året 1893—94. — C. v. HEI-  
DEKEN: Årsberättelse för 1894 för barnbördshuset i Åbo. —  
35te Beretning om Andssvageanstalten på Gl. Bakkehus og Ebbe-  
rødgård for Året fra 1 April 1893 til 31 Marts 1894. — J.  
C. GERNER: Skrofulose Börns Ophold i Soogebæk 1894. —  
H. P. ØRUM: Köbenhavns Amts Sygehus i Ryesgade. > 18 > 42—44.

VILH. HEIBERG: Lägeberetning om Köbenhavns Amts Syge-  
hus i Frederiksberg Sogn for Årene 1893 og 1894. — Beret-  
ning om Virksomheden ved Dronning Louises Børnehospital  
og de med samme forbundne offentlige Polikliniker i 1894. —  
FR. E. KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1894.  
— V. ANDERSEN: Beretning om Århus Vandkuranstalt 1890—  
1894. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den mediko-pnevmatiske  
Anstalt for 1894. > 25 > 48—49.

Foreningen »Det Røde Kors» 19de Årsberetning. — Beret-  
ning om Kong Frederik den VII:des Stiftelser for hjælpeløse  
og forladte Pigebørn, isär af Almuen, for Året 1894. — Be-  
retning om Polikliniken i Köbenhavn for ubemidlede. — R.  
BERGH: Vestre Hospital i 1894. — HASLUND: Kommunehos-  
pitalets 4de Afdel. i 1894. — Kysthospitalet på Refsnäs. —  
FLÖYSTRUP: Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt 1  
Januar til 31 December 1894. > 31 > 29—34.

*Militär hälsovård:*

EDW. EDHOLM: GRÉGOIRE FRANÇOIS DU RIETZ. — EDW. > 4 > 40—44.  
EDHOLM: Militärläkarekursen 1893. — K. E. LINDÉN: Sjuk-  
vårdens utbildning vid Garnisonsjukhuset i Helsingfors' fält-

skäraskola. — VINCENT LUNDBERG: General Carl von Döbelns skottskada vid Porosalmi under finska kriget 1789. — KNUT ULFSON SPARRE: Ett krigarminne från 1814. — WILHELM V. DÖBELN: Historisk öfersikt af läkarevården vid Kongl. flottan. — EMLIL NILSSON: Arméerna och kolerafarsoten. — A. F. KLEFBERG: Om sjukvårdslokaler å flottans fartyg. — FRITZ NETZLER: Resanteckningar från England. — EDVARD FOGELSTRÖM: Från München och Wien. — Anordning om det värnepligtige Mandskabs Tjänstdygtighed og det ndskrevne Mandskabs Fordeling, af 24 Avgust 1894. — Regulativ for Bedømmelsen af de värnepligtiges Dygtighed til Krigstjäneste, af 24 Avgust 1894. — JOHAN KIER: Et Overarmsbrud. — KOHL: 2det Artilleriregiments Kaserne på Amager Fälled. — AXEL G. V. PETERSEN: Ingeniörkasernen i Vognmandsmarkea. — Foreningen »Det røde Kors». 18de Årsheretning.

SOPHUS MEYER: Nogle Betragtninger over Regulativ for Nr 10 ss. 27—28. Bedømmelsen af de värnepligtiges Dygtighed til Krigstjänesten. — H. LAUB: I Anledning af Korpsläge, Dr. SOPHUS MEYERS Betragtninger over Regulativet for Bedømmelsen af de värnepligtiges Tjänstedygtighed. — S. MEYER: Fornödent Svar til Hr. Overläge LAUB. — H. LAUB: Slutningsbemärkninger til Korpsläge MEYER. — S. MEYER: Bemärkninger til ovenstående. — AD. LEVY: Redegörelse for Virksomheden ved Köbenhavns Garnisonssygehus's Klinik for Öre-, Nöse- og Svälgsygdomme i Treåret 1891—93.

H. LAUB: Fra den 8de internationale Kongres for Hygiejne og Demografi i Budapest i September 1894. — H. LAUB: Erfahrung en über das Zeltsystem. — VON HARTEN: Systematisierung der ersten Hilfe auf dem Schlachtfelde mit Rücksicht auf die hertigen Heeresmassen und modernen Waffen.

J. H.: Nekrolog over Overläge C. D. HAHN. — THESEN: » 25 » 49—50. En Difteriepidemi ved en Eskadron Underofficers elever i Kristiania. — J. BONDESEN: Endnu en Gaug: De sanitäre Formationer på Kampladsen. — H. C. VON HARTEN: En norsk Sygetransportkärre (med Afbildning).

KNUD PONTOPPIDAN: Rekrut-Psykose. — BIERING: Nogle » 31 » 34—35. Bemärkninger om Regulativet og Anordningen af 24 Avgust 1894. Diskussion sluttende sig til nävnte Foredrag. — HOLME: Oversigt over Virksomheden ved Köbenhavns Garnisonssygehus's Klinik for Öre-, Nöse- og Svälgsygdomme i Ärene 1888—1893.

## Alfabetisk innehållsförteckning.

(Arkivets originalinppsatser äro betecknade med en asterisk.)

AASER: Om Smitte ved Skarlagensfeber . . . . .	N:r 4 s. 11.
ADSERSEN, H.: Hovedomfang hos Børn . . . . .	> 10 > 22.
»    Bidrag til Læren om Periodicitet . . . . .	> 31 > 1.
AHLSTRÖM, G.: Oftalmometriske studier . . . . .	> 4 > 14.
»    Redogørelse for 100 starroperationer . . . . .	> 4 > 14.
»    Fall af ensidig refektorisk pupillorørlighed . . . . .	> 25 > 13.
ALÉN, I. E.: Analyser om kvinnomjølke . . . . .	> 4 > 4.
ALIN, E.: Ett fall af hafvandeskap, kompliceradt med cancer ovarii et uteri . . . . .	> 31 > 18.
ALMQUIST, E.: Torfmullen i renhållningens tjänst . . . . .	> 18 > 40.
AMBT: Om Konstruktion af Vandklosetter . . . . .	> 18 > 40.
ANDERSEN, GARMANN: Fötal tumor som Födselshindring . . . . .	> 18 > 28.
ANDERSEN, V.: Beretning om Århus Vandkuranstalt 1890—94 . . . . .	> 25 > 48.
ANDERSSON, IVAR: Ett kolerafall i Stockholms hamn sommaren 1894, jämte några ord om gällande föreskrifter till förekommande af kolerans införande och utbredning bland rikets inneväpnare . . . . .	> 25 > 46.
ARCTANDER: 2 Tilfælde af Tandsæt i oesophagus . . . . .	> 25 > 14.
Barnmorskefrågan . . . . .	> 18 > 35.
BAUER, FRITZ: Om den ambulanta behandlingen af brott å nedre extremiteterna . . . . .	> 31 > 11.
BEHNCKE, G. og A. GOLDSCHMIDT: Hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg og Hvidovre Sogne . . . . .	> 31 > 26.
»    Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksbergs Sogn . . . . .	> 31 > 26.
»    Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Hvidovre Sogn . . . . .	> 31 > 27.
BENCKERT, HENRIK: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1894 . . . . .	> 25 > 44.
BENZON, V.: Forevisning af antiseptiske og sterile Forbindings-sager. Silke, Katgut o. s. v., præparerede i Alfr. Benzons Fabrik . . . . .	> 31 > 14.
Beretning, fjarde, for Forening for Lægbrænding . . . . .	> 4 > 30.
»    om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdamshospitalet og Vestre Hospital i København for 1893 . . . . .	> 4 > 35.
»    om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1893 . . . . .	> 4 > 36.
»    31:te om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus ved København for Året fra 1 April 1891 til 31 Marts 1892 . . . . .	> 4 > 38.
»    31:te, om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus og Ebberødgård for Året fra 1 April 1892 til 31 Marts 1893 . . . . .	> 4 > 38.

Beretning, Enogtredivte, om den danske Diakonissesstiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1 Januar til 31 Dec. 1893 . . . . .	N:r 4 s. 39.
» De Kellerske Åndssvageanstalter 1 Januar 1891 til 1 April 1894 . . . . .	» 4 » 38.
» Foreningen »det Røde Kors» 18de Årsberetning . . . . .	» 4 » 44.
» fra Bestyrelsen for den almindelige danske Lægeforening . . . . .	» 18 » 36.
» ottende, fra Foreningen for Lægevagtstationer 1894 . . . . .	» 18 » 36.
» Foreningen for Trængendes Landophold . . . . .	» 18 » 39.
» Børnesanatorierne for København og Omegn 1890—92 og 1893 . . . . .	» 18 » 39.
» Københavns Amts nye Sygehuse . . . . .	» 18 » 40.
» om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Fødsels- og Plejestiftelse for Året 1893—94 . . . . .	» 18 » 42.
» 35:te, om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus og Ebberødgård for Året fra 1 April 1893 til 31 Marts 1894 . . . . .	» 18 » 43.
* » til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationer for Bræk i Danmark, Finland og Sverige i Femåret 1890—1894 . . . . .	N:r 24 ss. 1—82.
» om Virksomheden ved Dronning Louises Børnehospital og de med samme forbundne offentlige Polikliniker i 1894 . . . . .	N:r 25 s. 48.
» Foreningen »det Røde Kors» 19de Årsberetning . . . . .	» 31 » 29.
» om Kung Frederik d. VII:des Stiftelser for hjælpeløse og forladte Pigebørn, især af Almuen, for Året 1894 . . . . .	» 31 » 29.
» om Polikliniken i København for ubemidlede . . . . .	» 31 » 29.
» Kysthospitalet på Refsnäs . . . . .	» 31 » 33.
BERG JOHN og RAGNAR BRUZELIUS: Fall af hjärntumör; operation; förbättring . . . . .	» 10 » 3.
* » Om refbenskonndrit. Med 1 tafla . . . . .	N:r 22 ss. 1—45.
BERG, R. M.: Et Tilfælde af cystiserens cellulose hertilands (Norge) . . . . .	» 25 » 3.
BERGENHEM: Kirurgisk kasuistik från Nyköpings lasarett . . . . .	» 31 » 13.
BERGH, C. A.: Kasuistik från länslasarettet i Gefle: Keratoma palmare et plantare hereditarium . . . . .	» 25 » 30.
» Cancer corporis uteri. Sakral uterus-exstirpation. Död . . . . .	» 25 » 34.
» Myofibroma uteri interstitiale. Retroperitoneal uterus-exstirpation medelst laparotomi. Hålsa . . . . .	» 25 » 35.
» Kystoma ovarii. Operation. Hålsa . . . . .	» 25 » 35.
BERGH, R.: Vestre Hospital i 1894 . . . . .	» 31 » 30.
BERGQVIST, J.: Om pertussis . . . . .	» 25 » 45.
» Om abdominaltyfus hos barn . . . . .	» 25 » 46.
*BERLIEN, EDV.: Ein Apparat für konstante locale Wärme (Hydrothermostat). Mit 2 Abbildungen . . . . .	N:r 13 ss. 1—5.
BERTHELTSEN, I. S.: Blade af Klampenborg Badeanstalts Historie . . . . .	N:r 25 s. 43.
Berättelse ang. medicinalstyrelsens verksamhet till föremmande af kolerans införande och utbredning i Sverige under år 1894 . . . . .	» 25 » 47.
BIERING: Nogle Bemærkninger om Regulativet og Anordningen af 24 Avgust 1894 . . . . .	» 31 » 34.
BLIX, MAGNUS: Die Länge und Spannung des Muskels . . . . .	» 18 » 11.
BLOCH, O.: Extraabdominal Resektion af hele colon descendens og et Stykke af colon transversum for cancer . . . . .	» 4 » 17.
» Smånoter fra den kirurgiske Praxis . . . . .	» 10 » 13.
» Til Belysning af Værdien af de sterile Forbindingsstoffer i to Lag Filtrepapir . . . . .	» 10 » 13.
» Om Mangler ved Indpakning af sterile Forbindingsstoffer . . . . .	» 18 » 22.



BLOCH, O.: Citronsyre mod diphtheritis . . . . .	N:r 25 s. 10.
» Bemärkninger om den »indgroede Negl» på Stortåen »	55 » 23.
BLOMGREN, L. C.: Köttkontrollen i Göteborg 1893 . . . . .	» 4 » 32.
*BLUME, C. A.: Bemärkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi et duodeni . . . . .	N:r 21 ss. 1—75.
BLÖNDAL, I.: Dr. E. Ehlers's Indberetninger om Spedalskeden i Island . . . . .	N:r 31 s. 17.
BOLIN, ERNST: Om hälso- och sjukvården i Upsala stad 1894 . . . . .	» 25 » 44.
BONDESEN, J.: Den animale Vaccinations Udbredelse i Danmark, med Beretning om Virksomheden ved den kgl. Vaccinationsanstalt i 1894 . . . . .	» 25 » 47.
» Endnu en Gang: De sanitære Formationer på Kamppladsen . . . . .	» 25 » 49.
» Bidrag til Bedømmelsen af de veneriske Sygdommes Udbredelse i forskellige Lande . . . . .	» 31 » 16.
BONNEVIE, CHR. F.: Et Tilfælde af akut forløbende cancer hepatitis . . . . .	» 25 » 11.
BONSDORFF, HJ. VON: Pancreatitis gangrenosa acuta . . . . .	» 18 » 19.
» Arterielt-venøst aneurysma på låret, behandladt med exstirpation . . . . .	» 18 » 19.
BOBELIUS, J.: Laparotomi for perforerande magsår . . . . .	» 31 » 7.
» Om Murphys knapp . . . . .	» 31 » 7.
BRANDT, KR.: Det ektopiske Svangerskab . . . . .	» 4 » 22.
BRUZELIUS, RAGNAR og JOHN BERG: Fall af hjärntumör; operation: förbättring . . . . .	» 10 » 3.
BÄÄRNHJELM, G.: Fall af larynx-erysipelas . . . . .	» 10 » 8.
CARLSEN, J.: Den asiatiske Kolera . . . . .	» 4 » 31.
» Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1893 . . . . .	» 18 » 37.
» og E. M. HOFF: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1892 . . . . .	» 18 » 38.
» Nogle Bemærkninger om Forholdet mellem Hovedstaden og dens Nabokommuner i sanitär Henseende . . . . .	» 31 » 28.
CARLSSON, STURE: Några anteckningar om skarlagensfebern på Katarina sjukhus . . . . .	» 25 » 46.
CARÖE: Köbenhavns Natterenovation 1890—94 . . . . .	» 18 » 40.
CHRISTENSEN, H. S.: Om delirium acutum, særligt med Hensyn til Ätiologien . . . . .	» 18 » 23.
» FLÖYSTRUP, PETERSEN og RÜTZOU: Kommentar til Pharmacopoea Danica . . . . .	» 31 » 23.
CHRISTMAS, I.: Om Desinfektion af Fækalier med elektrolyseret Saltvand (System Hermite) . . . . .	» 4 » 31.
Compte-rendu du traité No 2, Tome XXVII . . . . .	N:r 5 ss. 1—2.
Comptes-rendus des traités Nos 8 et 9, Tome XXVII . . . . .	» 11 » 1—2.
Compte-rendu du traité No 14 . . . . .	» 19 » 1—2.
Comptes-rendus des traités Nos 21 à 24 . . . . .	» 26 » 1—14.
Compte-rendu du traité No 27 . . . . .	» 32 » 1—2.
DILLNER, HJ.: Några rättskemiska studier . . . . .	N:r 25 s. 38.
DISKUSSION i medicinsk Selskab i Anledning af Dr. Grams Foredrag: Diagnosen af morbus Basedowii . . . . .	» 25 » 28.
» i Anledning af Dr. Bierings Foredrag om Regulativet og Anordningen af 24 Avgust 1894 . . . . .	» 31 » 34.
DITLEVSEN, J. G.: Bemærkninger om de sanitære Forhold i Gentofte og Brønshøj Sogne . . . . .	» 31 » 27.
DOVERTIE, G. H.: Om hälsotillståndet i Kristianstads folkskolor . . . . .	» 25 » 44.
» Våra folkskolelokalers beskaffenhet i hygieniskt hänseende . . . . .	» 25 » 45.
» De smittosamma sjukdomarna och deras bekämpande . . . . .	» 25 » 47.



DREYER, W.: Död eller levande? . . . . .	N:r 4 s. 29.
» Kursus for Embedsläger . . . . .	» 25 » 41.
DÖBELN, WILHELM V.: Historisk öfersikt af läkarevården vid Kgl. flottan . . . . .	» 4 » 41.
EDHOLM, EDW.: Grégoire François du Rietz . . . . .	4 » 40.
» Militärläkarekonsten . . . . .	» 4 » 49.
EHLERS, E.: Syfilis og dementia paralytica på Island . . . . .	» 4 » 20.
» Svar til Dr. F. Jonsson . . . . .	» 4 » 20.
» » Landfysikus Schierbeck . . . . .	» 4 » 20.
» Rapport til Ministeriet for Island og Kultusmini- steriet om Expeditionen til Island for at studere den spedalske Sygdom . . . . .	» 4 » 21.
» Bidrag til Bedømmelsen af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold . . . . .	» 4 » 21.
» Til Syfilidologiens 400 Års Jubilæum . . . . .	» 18 » 25.
» Svar til Landfysikus Schierbeck . . . . .	» 18 » 27.
» Endnu nogle Ord vedrørende den spedalske Syg- dom på Island . . . . .	» 18 » 27.
» Svar til Kontorchef Halldorsson . . . . .	» 18 » 27.
» Ignis sacer et Sancti Antonii . . . . .	» 25 » 42.
» Svar til Dr. Isgeir Blöndal . . . . .	» 31 » 17.
EKEHORN, G.: Fall af tubo-uterin graviditet . . . . .	» 25 » 32.
» Redogørelse for några fall af appendicit . . . . .	» 31 » 8.
» Till operationsmetoderna för ingvinalbräck . . . . .	» 31 » 8.
EKELUND, CARL: 195 fall af gonorré, behandlade enligt den Ja- netske metoden . . . . .	» 18 » 25.
ELFSTRAND, MÅRTEN: Studier öfver alkaloidernas lokalisaton, företrädesvis inom fam. Loganiaceæ . . . . .	» 25 » 37.
ENGELSEN: Forevisning af en Patient med akkvisit Ganespalte . . . . .	» 10 » 7.
ENGLUND, NILS: Om sjuksköterskans anställande på landsbygden . . . . .	» 4 » 31.
» Difteri och dess behandling . . . . .	» 25 » 9.
» Om smittosamma sjukdomar och åtgärder till förekommande af deras spridning . . . . .	» 25 » 47.
ENGSTRÖM, O.: En symfyseotomi . . . . .	» 18 » 28.
F. F.: I Anledning af Dr. Ehlers's Svar . . . . .	» 4 » 20.
FABER, KNUD: Om Hanots Sygdom og om intermitterende Galdefeber . . . . .	» 10 » 5.
» Perniciös Anæmi som Følge af Tarmlidelse . . . . .	» 25 » 7.
FALTIN, R.: Bidrag till psedartrosernas behandling . . . . .	» 18 » 20.
FIBIGER: Bakteriologiske Studier over Difteri . . . . .	» 25 » 4.
FINSEN, NIELS R.: Om Behandling og Forebyggelse af ascites . . . . .	» 4 » 12.
» Om periodiske årlige Svingninger i Blodets Hämoglobinmængde . . . . .	» 10 » 1.
» Hämatin-Albumin . . . . .	» 10 » 23.
» Lyset som Incitament . . . . .	» 18 » 3.
FLINDT, N.: Reformen af vort Sindssygeväsen . . . . .	» 10 » 16.
FLÖYSTRUP, A.: Et Tilfælde af Död ved Hjärtslag . . . . .	» 4 » 10.
» Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt for 1894 . . . . .	» 25 » 49.
» CHRISTENSEN, PETERSEN og RÜTZOU: Kommentar til Pharmacopœa Danica . . . . .	» 31 » 23.
» Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt 1 Januar—31 December 1894 . . . . .	» 31 » 34.
FOGELSTRÖM, EDVARD: Från München og Wien . . . . .	» 4 » 43.
FOGH: Tandsät i œsophagus . . . . .	» 25 » 14.
Forhandlinger i Borgerrepræsentation . . . . .	» 10 » 16.
FORSELLES, ARTHUR AF: Ett fall af muskelbräck . . . . .	» 18 » 19.
FORSBERG, EDW.: Om skollofskolonier . . . . .	» 18 » 40.
FRIEDENREICH: Notitser fra nogle Kuranstalter i Sverige . . . . .	» 10 » 25.



- HASLUND, A.: Dermatitis herpetiformis (Duhning) . . . . . Nr 18 s. 26.  
 » Forevisning af en Patient med multiple kutane Sarkomer . . . . . » 31 » 18.  
 » Kommunehospitalets 4de Afdeling i 1894 . . . . » 31 » 33.
- HAVEN, CHR. VON: Difteristatistik på Sygehusene i Åbeltoft . . » 25 » 10.  
 » Deformatio et (menstruatio?) metrorrhagia præcox . . . . . » 31 » 20.
- HECKSCHER, O.: Om Mangler ved Indpakning af sterile Forbindingsstoffer . . . . . » 18 »
- HEDENIUS, I.: Enkel metod att påvisa gallfärgämne i ikteriska vätskor . . . . . » 4 » 5.
- HEIBERG, P. og F. MEYER. 690 Hjärnevejninger fra St. Hans Hospital . . . . . » 18 » 24.  
 » Varmens Indflydelse på Difteriens Tilbøjelighed til at søge ned i larynx . . . . . » 31 » 3.  
 » V.: Lægeberetning om Københavns Amts Sygehus i Frederiksbjergs Sogn for Årene 1893 og 1894 . . » 25 » 48.
- HEIDEKEN, C. v.: Årsberättelse för 1894 för Barnbördshuset i Åbo . . . . . » 18 » 42.
- HEINRICIUS, G.: En andra serie af hundra laparotomier . . . . » 18 » 29.
- HELLGREN, U. L.; Om den mekaniska och operativa behandlingen af trakom . . . . . » 18 » 12.
- HELLSTRÖM, THURE: Iakttagelse angående difteribacillens fortvaro hos difteripatienter . . . . . » 4 » 11.  
 » Fyra fall af difteri, behandlade med det nya difteri-antitoxinet . . . . . » 18 » 7.  
 » Difteristatistik från Stockholms epidemisjukhus för år 1894 . . . . . » 25 » 45.
- HENSCHEN, S. E. og K. G. LENNANDER: Fall af bronko-axillär fistel . . . . . » 10 » 8.
- \*HERTZ, POUL: Et Tilfælde af Osteomalaci. Med 2 Tavler . Nr: 2 ss. 1—33.  
 » Nr: 25 s. 3.
- HIRSCHSPRUNG: Den Möllerske Sygdom. (Synonyma: Akut Rakitis; s. k. akut Rakitis; Skörbug hos Børn; den Barlowske Sygdom; den Sheadle-Barlowske Sygdom p. p.) . . . . . » 4 » 26.
- HOFF, E. M.: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark og Bilande 1893 . . . . . » 18 » 36.  
 » Det kongel. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1893 . . . . . » 18 » 37.  
 » og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1892 . . . . » 18 » 38.  
 » Københavnske Latrinforhold . . . . . » 18 » 40.
- HOLM, W.: Femårsberetning for Kuranstalten Tandem . . . . » 10 » 27.
- HOLMBERG, AXEL: Bidrag till kännedom om Flechsigs opiumbrombehandling vid epilepsi . . . . . » 18 » 8.
- HOLME: Oversigt over Virksomheden ved Københavns Garnisons-sygehus-klinik for Öre-, Näs- og Svälgsygdomme i Årene 1888—1893 . . . . . » 31 » 35.
- HOLMSTRÖM, JOHAN: Dubbel iridodialys till följd af kontusion å ögat (med bild) . . . . . » 31 » 5.  
 » Två fall af akut tårkörtelinflammation . . » 31 » 6.
- HOLST, I. C.: Et Tilfælde af appendicitis. Fäkalsten udbragt ved Incision og Dränage . . . . . » 4 » 17.
- HOLST, H.: Fall af melanosarkom i lefvern . . . . . » 18 » 4.  
 » Om tyfoideberedemin i Helsingfors under sommaren och hösten 1893 . . . . . » 18 » 6.  
 » Ett fall af ischias scholiotica . . . . . » 18 » 8.  
 » Fall af diabetes mellitus, uppkommen efter en stöt mot magen . . . . . » 18 » 9.

HOLTH, S.: Lyset, vor gule Öjensalve og de sædvanlige Salvekrukker . . . . .	N:r 18 s. 31.
*HOWITZ, FR.: Lidt i Nyrekirurgi, meddeelt i det medicinske Selskab i København d. 19 Febr. 1895. . . . .	N:r 9 ss. 1—9.
» Lidt i Nyrekirurgi. . . . .	N:r 25 s. 17.
» Sugning på Brystvorterne som Behandling af Fibromyomer i uterus . . . . .	» 31 » 20.
HULTGREN, E. O. und E. LANDEGREN: Ueber die Ausnützung gemischter Kost im Darne des Menschen . . . . .	» 4 » 4.
Hälso- och sjukvården för Sveriges landsbygd . . . . .	» 18 » 40.
HÖRRING, A.: Blodserumterapien med særligt Hensyn til Behandlingen med Antidifteriserum . . . . .	» 18 » 7.
ISAGER: Et Tilfælde af Afasi til krupøs Pnevmoni . . . . .	» 4 » 10.
J. H.: Nekrolog over Overlæge C. D. Hahn . . . . .	» 25 » 49.
JACOBÆUS: Et Tilfælde af cancer duodeni med Død under Symptomer på Autointoxikation . . . . .	» 31 » 3.
JACOBSON, D. E.: Om Slægtskabsforholdet mellem tabes dorsalis og dementia parietica . . . . .	» 4 » 20.
» Kongenit, partiel Gigantofyti: Trommestikfingre, toxiske, periferer Nevritter efter Influenzapnevmoni . . . . .	» 10 » 2.
» Om Tabes-Psykoser . . . . .	» 25 » 27.
JOHANSEN, ANDERS: Fremhjælpling af sidstkommande Hoved med Ansigt fortil . . . . .	» 4 » 24.
» Atter et Tilfælde af Miltbrand . . . . .	» 31 » 12.
JONSSON, FIMNER: I Anledning af Dr. Ehlers's Afhandling om syphilis og dementia paralytica . . . . .	» 4 » 20.
JOSEFSON, A.: Om færgning af blod for kliniskt ändamål . . . . .	» 25 » 4.
JUELL: Om Oprettelse af et dansk Sanatorium samt Tilsvaret herom til Hr Dr. Saugman . . . . .	» 18 » 11.
» Mit sidste Gensvar i Sanatoriesagen . . . . .	» 18 » 11.
Juristernes Regulativ for 6te Afdeling . . . . .	» 10 » 16.
KAARSBERG, H.: Same, Nordens siste Nomade . . . . .	» 25 » 42.
KAARSBERG, J.: Om Behandlingen af mastitis med Udtømmelse af mamma . . . . .	» 25 » 23.
» Et Dødsfald ved Åternarkose . . . . .	» 31 » 13.
KARSTRÖM, W.: Nybildningar i urinblåsan . . . . .	» 31 » 8.
Kasnistik från lasarettsläkarnes rapporter för år 1894 . . . . .	» 31 » 12.
KAURIN, E.: Spredte Bemærkninger om lepra . . . . .	» 25 » 29.
KAYSER, FRITZ: Om det enkla starrsnittet jämte en sammanställning af de under 1891—94 å kgl. Serafimerlasarettet utförda starroperationerna å senil starr . . . . .	» 31 » 4.
KLÆR, AAGE E.: Om Axetræktånger . . . . .	» 4 » 25.
» Om Kloroform og Åternarkose . . . . .	» 25 » 24.
KLÆR, G.: Tre Tilfælde af akut militär Svålg tuberkulose . . . . .	» 10 » 8.
» Hämatom (traumatisk Perikondrit) og akut primær perichondritis septi nasi . . . . .	» 25 » 13.
KIER, JOHAN: Et Overarmsbrud . . . . .	» 4 » 44.
KJELLBERG, J.: Några statistiska studier öfver de veneriska sjukdomarna i Sverige . . . . .	» 31 » 17.
KJERRULF, GUST.: Fördyras köttet genom slakthus och köttbesiktningstvång? samt kunna offentliga slakthus bära sig? . . . . .	» 4 » 32.
KLEE, FR. E.: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt för 1894 . . . . .	» 25 » 48.
KLEFBERG, A. F.: Om sjukvårdslökaler å flottans fartyg . . . . .	» 4 » 42.

KOHL: 2det Artilleriregementets Kaserne på Amager Fälled . . .	N:r	4 s. 44.
KOLSTER, RUD.: Om hämofili hos kvinnor . . . . .	,	18 , 7.
Kommunalnämndernas uppgifter till provinsial- eller distrikts- läkarne . . . . .	,	4 , 32.
Kongl. maj:ts nådiga skrifvelse till dess och rikets kommers- kollegium, angående tillämpningen af § 1 af nåd. kungörelsen d. 18 nov. 1892, angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket, af d. 13 maj 1893 . . .	>	4 , 32.
, , nådiga skrifvelse till dess medicinalstyrelse, an- gående inrättande inom styrelsen af en sär- skild afdelning för ärenden rörande kolera- farsoten, af d. 9 juni 1893 . . . . .	>	4 , 32.
, , nådiga kungörelse, angående förändrade före- skrifter till förekommande af kolerans in- förande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893 . . . . .	>	4 , 32.
, , nådiga kungörelse, angående vissa åtgärder till förekommande af kolerans utbredning bland rikets invånare; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893 . . . . .	>	4 , 33.
, , nådiga kungörelse, angående föreskrifter till före- kommande af kolerans införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 2 sept. 1893 . . . . .	>	4 , 33.
, , nådiga kungörelse, angående införsel af varor, som kunna misstänkas medföra kolerasmitta; gifven Stockholms slott d. 15 sept. 1893 . . . . .	>	4 , 33.
, , nådiga kungörelse, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893 . . . . .	>	4 , 34.
, , nådiga kungörelse, angående frihet från lösen för vissa bevis; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893 . . . . .	>	4 , 34.
, , nådiga kungörelse, angående förändrad föreskrift rörande områdes förklarande fritt från kolera; gifven Stockholms slott d. 16 nov. 1893. . . . .	>	4 , 34.
, , nådiga kungörelse, angående upphäfvande af nåd. kungörelsen d. 2 sept. 1893 angående före- skrifter till förekommande af kolerans införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 8 dec. 1893 . . . . .	>	4 , 34.
, , och rikets kommerskollegii kungörelse, angående de städer i riket, uti hvilka finnas inrättade, vederbörligen godkända anstalter för desinfek- tion af begagnade säng- och gångkläder, som till riket införas; gifven i Stockholm d. 9 okt. 1893 . . . . .	>	4 , 34.
, , nådiga kungörelse, angående ändrad lydelse af § 40 mom. 3, § 43, § 44, § 51 mom. 1 och 2 samt § 57 i nådiga instruktionen för läkare, som äro för hälso- och sjukvården inom visst område anstälde, äfvensom för andre, som ut- öfva läkarekonsten, d. 31 okt. 1890; gifven Stockholms slott d. 19 okt. 1894 . . . . .	>	18 , 34.
, , nådiga kungörelse, om ändrad lydelse af § 5 mom. 1 i nådiga kungörelsen d. 14 juli 1893, angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 aug. 1894. . . . .	>	18 , 41.

Kongl. medicinalstyrelsens kungörelse med föreskrifter för efterbesiktning å resande, som öfver icke kolerasmittad hamn ankomma till Sverige; gifven i Stockholm d. 27 sept. 1893 . . . . .	N:r 4 s. 33.
› medicinalstyrelsens kungörelse, angående af kongl. maj:t fastställda förnyade stadganden om hvad iakttagas bör vid rättskemiska undersökningar; gifven i Stockholm d. 9 febr. 1894 . . . . .	› 18 › 32.
› medicinalstyrelsens cirkulär till läkare och apotekare i riket med särskilda föreskrifter rörande rättskemiska undersökningar; gifvet i Stockholm d. 12 febr. 1894 . . . . .	› 18 › 32.
KOREN, AUG.: Om Smitte ved Skarlagensfeber . . . . .	› 4 › 12.
› FR. og FRIMANN KOREN: Prostatahypertrofi med retentio urinæ, heibredet ved Kastration . . . . .	› 25 › 17.
KOREN, FRIMANN og AUGUST KOREN Jr.: Prostatahypertrofi med retentio urinæ, heibredet ved Kastration . . . . .	› 25 › 17.
Korrespondance . . . . .	› 31 › 14.
KRAFT, L.: Ovariectomi på en 84 $\frac{1}{3}$ -årig Kvinde med heldigt Udfald . . . . .	› 10 › 22.
KROHN, V.: Tre Tilfælde af Kopper, behandlede i rødt Lys . . . . .	› 4 › 12.
KROGIUS, ALI: Ett fall af sensorisk afasi, oppkommen efter ett trauma och läkt genom trepanation . . . . .	› 18 › 13.
› Ett fall af kongenital luxation i knæleden med total defekt af patella . . . . .	› 18 › 20.
*KÜHN, POUL: Om Underbinding af a. uterinæ ved fibroma uteri . . . . .	N:r 14 ss. 1—12.
› . . . . .	Nr 25 s. 35.
KÖSTER, H.: Ett fall af travmatisk nevros . . . . .	› 4 › 8.
› Primär actinomyces pulmonum med metastaser . . . . .	› 4 › 11.
› Kronisk ikterus genom lymfkörtelkompression . . . . .	› 4 › 12.
› Till de suppurativa kolecystiternas kasuistik . . . . .	› 4 › 12.
› och A. LINDH: Kortikal epilepsi; trepanation . . . . .	› 25 › 5.
› Om guajakolbehandling af feber . . . . .	› 25 › 10.
› Primär endocarditis acuta valv. pulmonal. . . . .	› 25 › 10.
LAACHE, S.: Om pyopneumothorax subphrenicus og empyema plenæ med Udgangspunkt fra Underlivet . . . . .	› 10 › 4.
LANDEGREN, E. und E. O. HULTGREN: Über die Ausnützung gemischter Kost im Darne des Menschen. . . . .	› 4 › 4.
LANDSTRÖM, J.: Fall af nedsväljd magsköljningsslang. Extraktion genom kolotomi. Hålsa . . . . .	› 31 › 17.
LANGE, FR.: ›Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger› . . . . .	› 4 › 19.
› Afsluttende Svar til Hr. Reservlæge, Dr. med. Geill . . . . .	› 4 › 19.
› De vigtigste Sindssygdomsgrupper i kort Omrids . . . . .	› 10 › 15.
LARSEN, ARNOLD: Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer . . . . .	› 4 › 15.
LARSEN, GEORG: Hudangræn som Følge af Tryk på højre ulnaris . . . . .	› 18 › 10.
› Nogle Bidrag til den kroniske diphteritis's Kasuistik . . . . .	› 31 › 3.
LARSEN, MICH.: Om Ojensygdomme under influenza . . . . .	› 31 › 5.
› Hippokrates og Virchows ›anatomiske Tanke› . . . . .	› 31 › 24.
LAUB, II.: I Anledning af Korpslæge, Dr. Sophus Meyers Betragtninger over Regulativet for Bedømmelsen af de værnepligtiges Tjenestedygtighed . . . . .	› 10 › 27.
› Slutningsbemærkninger til Korpslæge Meyer . . . . .	› 10 › 27.
› Fra d. 8de internationale Kongres for Hygiejne og Demografi i Budapest i Sept. 1894 . . . . .	› 18 › 44.
› Erfaringen über das Zeltsystem . . . . .	› 18 › 44.

- LAURITZEN, MARIUS: Diabetes mellitus behandlet med Pankreas Nr 25 s. 6.  
 > Svar til Hr. Overlæge Mygge . . . . . > 25 > 6.
- LEEGAARD, CHR.: Neurologiske Meddelelser: Om Anæstesi ved  
 perifere Nerveledelser . . . . . > 4 > 8.
- LEHMANN, J.: Sundhedsvedtægterne . . . . . > 25 > 43.
- LEMICHE, J.: Et Tilfælde af morbus Basedowii, behandlet med  
 pill. gland. thyrr. . . . . > 25 > 8.
- LENDROP, OTTO: Om spondylitis i de øverste Halsvirvler i  
 Barnealderen . . . . . > 31 > 21.
- LENNMÅLM, F.: Om kombinerade skleroser i ryggmærgens bak-  
 och sidåstrånger . . . . . > 4 > 7.
- LENNANDER, K. G.: Fall af farynxerysipelas . . . . . > 4 > 15.  
 > Årstriktur i œsophagus hos ett 2 månader  
 gammalt barn; yttre esofagotomi; hälsa . . . . . > 4 > 15.  
 > och S. E. HENSCHEN: Fall af bronko-axillär  
 fistel . . . . . > 10 > 8.  
 > Ett fall af mjältexstirpation . . . . . > 10 > 9.  
 > och CARL SUNDBERG: Perinephritis acuta post  
 nephritid. ascendens, gravidæ (bacterium  
 coli commune) . . . . . > 10 > 10.  
 > Om appendicit och dess komplikationer . . . . . > 10 > 10.  
 > Om hudtransplantation . . . . . > 10 > 12.  
 > Ett fall af hudtuberkulos, som sannolikt in-  
 ympats med vaccination . . . . . > 10 > 13.  
 > Några ord om kejsarsnittet på döda och på  
 levande . . . . . > 10 > 19.  
 > Tre fall af placenta prævia. Ett fall af  
 dessa med varbildning i symfysis ossis  
 pubis . . . . . > 10 > 20.  
 > Fall af pyosalpinx. Bidrag till den opera-  
 tiva behandlingen . . . . . > 10 > 21.  
 > Rapport öfver operationer utförda å Akad.  
 sjukhuset i Upsala år 1892 . . . . . > 10 > 26.  
 > Den aseptiska sårbehandlingen vid den kirur-  
 giska kliniken i Upsala . . . . . > 10 > 26.
- LEVISON, F.: Hvilken Rolle har Sukkeret i Stofskiftet, og hvor-  
 ledes opstår diabetes . . . . . > 18 > 9.  
 > Om Behandling af Urinsyrekonkrementer . . . . . > 25 > 11.
- LEVY, AD.: Redegørelse for Virksomheden ved Københavns Garni-  
 sonssygehus's Klinik for Øre-, Næse- och Svålg-  
 sygdomme i Treåret 1891—93 . . . . . > 10 > 28.
- LEVY, FR.: Den operative Behandling af fibroma uteri med  
 særligt Hensyn til den intraperitonæale Behandling > 31 > 19.
- \*LEVY, SIGFRED: Iagttagelser af Ingvinalhernie hos Børn . . . . . Nr 28 ss. 1—7.
- LINDÉN, K. E.: Sjukvårdens utbildning vid Garnisonssjukhuset  
 i Helsingfors' fältskärsskola . . . . . Nr 4 s. 41.
- LINDH, A.: Tarminvaginationer hos ett 5 månaders barn, häfd  
 medels laparotomi och reposition . . . . . > 4 > 16.  
 > Appendiciter, opererade under det fria stadiet . . . . . > 4 > 17.
- \* > Sammanställning af narkosstatistiken från de nor-  
 diska länderna för året 1 mars 1894 till 1 mars  
 1895 . . . . . Nr 23 ss. 1—27.  
 > och H. KÖSTER: Kortikal epilepsi; trepanation . . . . . Nr 25 s. 5.  
 > Operationer för mera diffus peritonitis . . . . . > 25 > 16.  
 > Kronisk pyelit. Bindväfshyperplasi i njuren. Nefrek-  
 tomi . . . . . > 25 > 18.
- LINROTH, KLAS: Berättelse till k. medicinalstyrelsen om all-  
 männa hälsotillståndet i Stockholm under  
 året 1894; af Stockholms hälsovårdsnämnd > 25 > 41.
- \*LJUNGGREN, C. A.: Om käksvulster med ursprung ifrån tandepitel-  
 groddlisten. Med 4 tallor. 16 autotypier Nr 1 ss. 1—69.



- \*LJUNGBREN, C. A.: Om käksvulster med ursprung ifrån tandepitel-  
groddlisten . . . . . (Forts. fr. n:r 1) N:r 7 ss. 1—29.
- » Om käksvulster med ursprung ifrån tandepitel-  
groddlisten . . . . . N:r 25 s. 13.
- \* » Om actinomycosis hominis och dess förekomst  
i södra Skåne . . . . . N:r 27 ss. 1—26.
- LORENTZEN, CARL: Om Tilgangen til Lågestanden . . . . . N:r 31 s. 24.
- LORENTZEN, P.: Nogle almindelige Bemærkninger om Konstruk-  
tion af Bandager . . . . . » 25 » 26.
- » Febris rheumatica. Sygelighedens Optræden og  
Udbredelse i København 1887—91 . . . . . » 25 » 46.
- LUNDBERG, VINCENT: Carl v. Döbelns skottskada vid Por-  
salmi under finska kriget 1789 . . . . . » 4 » 41.
- LÜTZHÖFT: Om Beliggenheden af et dansk Ftisis-Sanatorium . . . . . » 10 » 25.
- Lågeförening: Den almindelige danske Lungs 23de Møde i  
København d. 29 og 30 ang. 1895 . . . . . » 31 » 25.
- Läkärne och kvacksalveriet . . . . . » 25 » 43.
- » Olaglig läkare- och apotekareverksamhet . . . . . » 25 » 43.
- MAAG, H.: En typisk Fodboldläsion . . . . . » 10 » 13.
- MAGNUSSON, G.: Tuberkulose på Island . . . . . » 31 » 28.
- MALM, O.: Om Veterinärmedicinens og Menneskemedicinens ind-  
byrdes Forhold . . . . . » 4 » 30.
- Medicinalreformen . . . . . » 25 » 41.
- MEYER, F. og P. HEIBERG: 690 Hjernevejninger fra St. Hans  
Hospital . . . . . » 18 » 24.
- MEYER, JAC.: Underjordiske Nødtørftsanstalter . . . . . » 18 » 41.
- \*MEYER, LEOPOLD: Obstetrisisk-gynäkologisk Literaturoversigt  
for 1894 . . . . . N:r 17 ss. 1—54.
- » Om Kloroform og Åternarkose . . . . . N:r 25 s. 24.
- MEYER, SOPHUS: Nogle Betragtninger over Regulativ for Be-  
dømmelsen af Vårnepligtiges Dygtighed til  
Krigstjänesten . . . . . » 10 » 27.
- » Fornödet Svar til Hr. Overlæge Laub . . . . . » 10 » 27.
- » Bemærkninger til ovenstående . . . . . » 10 » 27.
- MEYER, W.: Adenoide Vegetationer, deres Udbredelse og Alder . . . . . » 18 » 16.
- MONRAD, S.: Om Afasi, særligt hos kejtåndede . . . . . » 31 » 2.
- MÜLLER, EMIL: Diagnosen og Behandlingen af den på et tidligt  
Stadium afbrudte extrauterine Graviditet . . . . . » 10 » 19.
- » Nefrektomi ved Nyretuberkulose . . . . . » 25 » 18.
- MÜLLER, ERIK: Om inter- och intracellulära kortelgångar . . . . . » 4 » 2.
- MÜNTER, H.: Et Tilfælde af Sarkom, helbredet ved Erysipe-  
lastoxin . . . . . » 31 » 17.
- MYGGE, JOH.: Diabetes mellitus behandlet med Pankreas . . . . . » 25 » 6.
- MYGIND, H.: Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide  
Vegetationer . . . . . » 4 » 15.
- » Bemærkninger i Anledning af Dr. med. Arnold  
Larsens Artikel om Kloroformnarkose ved  
Operationer for adenoide Vegetationer . . . . . » 4 » 15.
- » Thyreoiditis acuta simplex . . . . . » 10 » 8.
- MÖLLER, H. F.: En Indsigelse . . . . . » 25 » 40.
- » Jus practicandi . . . . . » 25 » 41.
- MÖLLER, MAGNUS: En uvanlig form af acne (acne teleangiectodes  
exulcerans) . . . . . » 18 » 26.
- » Labyrintsyfilis . . . . . » 25 » 26.
- MÖRNER, CARL TH.: Några rön angående kondroitinsvafvelsyrens  
forekomst . . . . . » 4 » 5.
- » König och Hartz's analysmetod tillämpad  
å svenskt smör . . . . . » 4 » 27.
- » Om kresol som antisepticum . . . . . » 10 » 23.
- » Ett fall af tarmstenar hos människa . . . . . » 25 » 2.



- NERÉN, C. H.: Biologi och medicin i kamp mot medeltiden . . . Nr 25 s. 42.
- NETZLER, FRITZ: Resanteckningar från England . . . > 4 > 43.
- NIELSEN, H. A.: Om det gamle Roms Vandforsyning . . . > 25 > 42.
- NILSSON, EMIL: Arméerna och kolerafarsoten . . . > 4 > 42.
- NILSSON, LARS: Om difterin i Skurups distrikt 1891—94 jämte några ord om difterins inkubationstid och behandling . . . > 18 > 7.  
> > > > > > > 25 > 45.
- NORDBERG, ADOLF: Ett bidrag till kännedomen om hämofilins förekomst i Finland . . . > 18 > 7.
- \*Nordisk kirurgisk Förening: Förhandlingar ved 2:det Möde i Kristiania 11—13 juli 1895. . . . . Nr 30 ss. 1—98.
- NORDLUND, GUSTAF: Om människans uppräta, stående kroppsställning . . . . . Nr 4 s. 1.
- NORRIE, GORDON: Vore Børns Øjne. Populær Vejledning i at forebygge Øjesygdomme. . . . . > 18 > 12.  
> Fødselsvidenskaben og Jordemodervæsenets Udvikling i Danmark for 1714 . . . . . > 18 > 33.
- NYLANDER, E.: Ett rättsmedicinskt fall . . . . . > 25 > 40.
- NYROP: Camillus Nyrops Etablissement. Instrumentvæsen . . . > 4 > 18.  
> > > > > > > 10 > 14.  
> > > > > > > 18 > 22.  
> > > > > > > 25 > 26.
- NYROP, L.: En elektrisk Vibrator . . . . . > 4 > 13.
- NÖRREGAARD, G.: To Tilfælde af Difterit behandlede med Scherings Difteri-Antitoxin . . . . . > 10 > 6.
- \*ODENIUS, M. W.: Über intravitale Erweichung und Höhlenbildung in den Nebennieren . . . . . Nr 20, ss. 1—8.
- OLRIK: Anvendelse af Fenosalyl . . . . . Nr 31, s. 3.
- OTTO, CARL: Et abortivt Tilfælde af polymyositis parenchymatosa acuta i Tilslutning til ulcus gangrænosum penis . . . . . > 25 > 28.
- PALJKULL, LINCOLN: Om albiminuri hos nyförlösta kvinnor . . > 10 > 21.
- PANUM, P.: Behandlingen af de almindeligst forekommende ortopædiske Lidelser . . . . . > 25 > 25.
- PETERSEN, CHRISTENSEN, FLØYSTRUP og RÜTZOU: Kommentar til Pharmæopœa Danica . . . . . > 31 > 23.
- PETERSEN, AXEL G. V.: Ingeniørkasernen i Vognmandsmarken. > 4 > 44.
- PETERSEN, JUL.: Om Lågen og Filosofen La Mettrie . . . . . > 18 > 33.
- PONTOPPIDAN, KNUD: Dementia paralytica . . . . . > 10 > 15.  
> Om Oprettelse af et Sanatorium for Brystsyge . . . . . > 18 > 11.  
> Om et Par sjældnere Nerveidelser hos puerperæ . . . . . > 25 > 33.  
> Psykiatriske Forelæsninger og Studier . . . . . > 31 > 15.  
> Delirium tremens . . . . . > 31 > 15.  
> Rekrut-Psykose . . . . . > 31 > 34.
- PRIOR, SOPHUS: Om den »egentlige Aborts» rationelle Behandling > 10 > 19.  
Provinsialläkarekårens rekrytering . . . . . > 18 > 34.
- RAHLFF, A.: Nogle Bemærkninger om Signaturen på Lægemidler > 31 > 23.
- RAMM, F.: Kastration for Prostatahypertrofi . . . . . > 25 > 17.  
\* > > > > > > > Nr 29 ss. 1—12.
- RASCH, G.: Lägevidenskaben i Alexandrinertiden . . . . . Nr 4 s. 29.  
> Om multiple benigne Papillomer på Mundslimhinden og deres sandsynlige Oprindelse . . . . . > 10 > 18.
- RIBBING, SEVED: Terapeutisk recepthandbok på grundvalen af de nordiska ländernas farmakopéer för studerande och läkare . . . . . > 18 > 30.

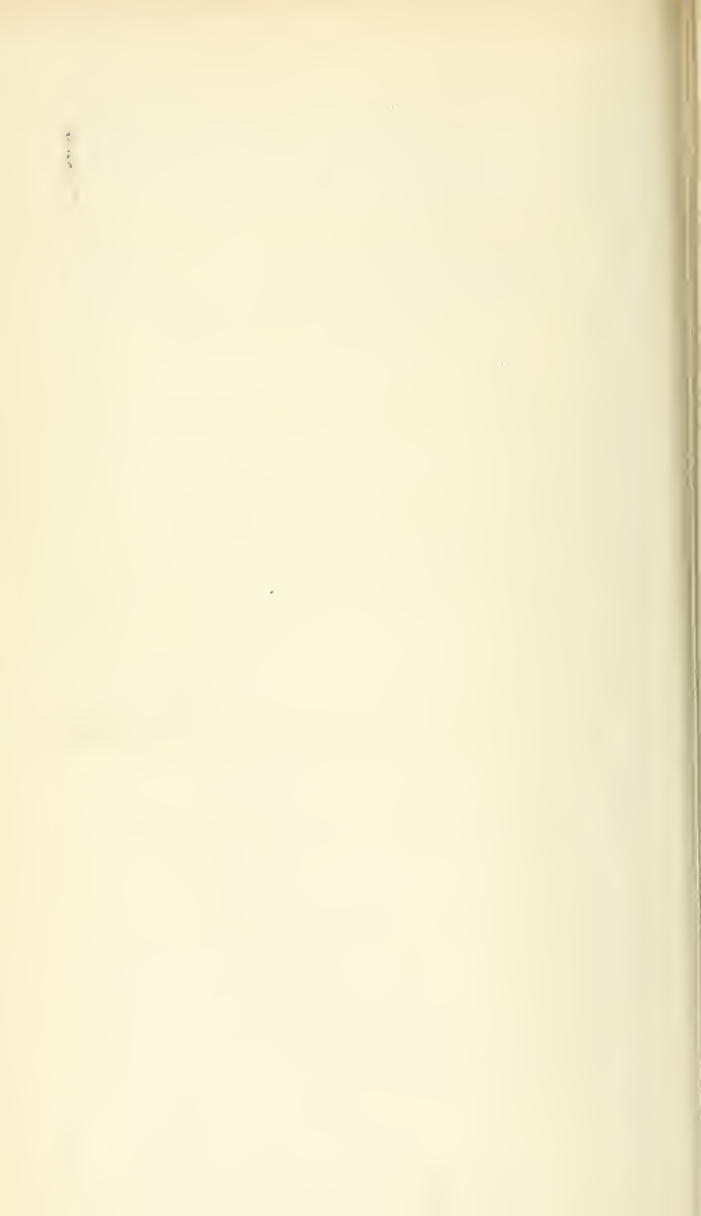
RINGBERG: Jus practieandi . . . . .	N:r 25 s. 41.
ROSENDAHL, H. V.: Lärobok i farmakognosi . . . . .	> 18 > 29.
»	> 25 > 26.
»	Pharmakologiske Untersuchungen über Aconitum septentrionale Koelle . . . . .
	> 25 > 36.
ROSIING-HANSEN: Död af Aternarkose eller Anæmi . . . . .	> 18 > 21.
ROVING, TH.: Kirurgisk Kasuistik fra Dronning Louises Börne- hospital . . . . .	> 18 > 16.
»	Nyrens og ureters kirurgiske Sygdomme . . . . .
	> 25 > 17.
»	Om Diagnosen og Behandlingen af Nyresten . . . . .
	> 25 > 19.
RUMP, JOH.: Latrinväsenet i danske Provinsbyer . . . . .	> 18 > 41.
RUNEBERG, J. W.: Fall af antockton trombos i sinus longitudi- nalis och högra sinus transversus . . . . .	> 18 > 10.
»	Fall af trombos i högra arteria subclavia . . . . .
	> 18 > 10.
RÜTZOU, CHRISTENSEN, FLÖYSTRUP, PETERSEN: Kommentar til Pharmacopoea Danica 1893 . . . . .	> 31 > 23.
RYDER, VILH.: En Knappenål gennem ductus Wahrthsonianus . . . . .	> 10 > 7.
SALIN, M.: Om betydelsen af lifmoderns lägeförändring bakåt . . . . .	> 31 > 18.
SALOMONSEN, C. J.: Det semperske Dvärgelörsög . . . . .	> 10 > 1.
»	Kursus for Embedsläger . . . . .
	> 18 > 35.
SAMUELSON, N.: Ett fall af fistula œsophageo-pleurothoracica . . . . .	> 4 > 10.
SANTESSON, C. G.: Versuche über die Nervenendwirkung me- thylirter Pyridin-, Chinolin-, Isochinolin- und Thalinverbindungen . . . . .	> 10 > 24.
»	Einige Bemerkungen über die Nervenend- wirkung von Brucin und Strychnin . . . . .
	> 10 > 24.
»	»Einige Beobachtungen über die Ermüdbar- keit der motorischen Nervenendigung und der Muskelsubstanz» . . . . .
	> 18 > 3.
SAUGMANN: Om Oprettelsen af et dansk Sanatorium for bryst- syge . . . . .	> 10 > 25.
»	Til Sanatoriediskussionen . . . . .
	> 18 > 11.
SCHPELERN: Bidrag til Diskussionen om Oprettelse af et dansk Sanatorium for brystsyge . . . . .	> 10 > 25.
SCHIERBECK, N. P.: Nogle Ord om Spedalskheden på Island . . . . .	> 4 > 20.
»	Hygiejniske Meddelelser. Om Legemets Mi- nimalbehov af Äggehvide . . . . .
	> 18 > 38.
»	Köbenhavns Renovationsväsen . . . . .
	> 18 > 40.
SCHILLER, K.: Några operationer för appendicitis . . . . .	> 4 > 16.
»	Fall af nefrektomi + nreterektomi . . . . .
	> 4 > 18.
SCHIMMELMANNSE Sag . . . . .	> 4 > 28.
»	. . . . .
	> 10 > 16.
SCHIÖTZ: Meddelelse fra Roskilde Amts Sygehus i Anledning af 161 Tilfælde af Krup . . . . .	> 25 > 13.
SCHMIDT, WILHELM: Ett fall af cancer vaginæ cum prolapsu vaginæ et uteri et vesicæ urinariæ, be- handladt med exstirpation af uterus och större delen af vagina — utgång: död . . . . .	> 25 > 35.
SCHMIEGELOW: Bidrag til den otitiska Hjärneabscess's Diagnose och Behandling . . . . .	> 18 > 13.
SCHNICKER: Et Par Tilfælde af subnormale Temperaturer på St Johannes Stiftelse . . . . .	> 31 > 2.
SCHOU, JENS: Et Tilfælde af Trommestikfingre ved Empyem . . . . .	> 18 > 10.
»	To Tilfælde af appendicitis. Laparotomi ved Ex- stirpation af proe. vermiformis. Helbredelse . . . . .
	> 25 > 14.
»	Bidrag til Behandlingen af luxatio coxæ con- genita . . . . .
	> 31 > 11.
SCHULTÉN, M. W. AF: Bidrag till den operativa behandlingen af spina bifida . . . . .	> 18 > 15.

SCHULTÉN, M. W. AF: Recidiverande osteomyelit och dess beroende af traumatiska inflytelser. Ett bidrag till olycksfallsförsäkringens kasuistik . . . . .	N:r 18 s. 19.
SCHAR, ED.: Ueber die alkaloidähnlichen Reaktionen des Acetanilides . . . . .	» 10 » 23.
SELL, A.: Maligne Nydannelsers Påverkan af erysipelas . . . . .	» 25 » 4.
SIEVERS, R.: Blyförgiftning . . . . .	» 18 » 10.
SILFVERSKIÖLD, P.: Akut lymfadenit hos barn. (Pfeiffers Drüsenfieber) . . . . .	» 25 » 36.
Sindsyge kontra Sindsygeläger . . . . .	» 10 » 16.
SPARRE, KNUT ULFSON: Ett krigarminne från 1814 . . . . .	» 4 » 41.
STANGENBERG, E.: Om syfilitiska affektioner i näsan . . . . .	» 25 » 27.
STILHOFF, HENRIK: Et Tilfælde af mandlig Hermafroditisme (Kauasagen) med epikritiske Bemærkninger, navnlig angående Forholdet mellem Religiositet og Kønndrift . . . . .	» 25 » 40.
» Kursus for Embedslæger . . . . .	» 25 » 41.
» Lav Temperatur . . . . .	» 31 » 1.
STRANDGAARD, N. J.: Sygeligheds- og Dødelighedsforholdene i Sundbyerne på Amager . . . . .	» 31 » 28.
STUDSGAARD: Om Behandlingen af Varicer på Underextremiteterne . . . . .	» 31 » 11.
SUNDBERG, CARL og K. G. LENNANDER: Ecrinephritis acuta post nephritid. ascendent. gravidæ (bacterium coli commune) . . . . .	» 10 » 10.
» Mikroorganismerna från läkarens synpunkt . . . . .	» 31 » 1.
SÖDERBAUM, P.: Om det svenska lasarettsväsendets sista skede . . . . .	» 4 » 31.
» Några erfarenheter i hjärnkirurgi . . . . .	» 31 » 6.
» Ett fall af meningo-hydroencephaloele occipitalis . . . . .	» 31 » 7.
SÖRENSEN: Forsøg med Serumbehandling . . . . .	» 25 » 9.
» Jus practicandi . . . . .	» 25 » 41.
Taxa å arfvode för undersökning af passagerare enligt kongl. kungörelsen d. 22 sept. 1893, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; af kgl. medicinalstyrelsen faststald d. 21 sept. 1893 . . . . .	» 4 » 34.
THESEN: En Difteriepidemi ved en Eskadron Underofficerslever i Kristiania . . . . .	» 25 » 49.
THOMSEN, AXEL: En Metode til kvantitativ Saltsyrebestemmelse i Maveindhold . . . . .	» 4 » 13.
THORÉN, A. V.: Sju fall af ovariectomi för kystoma ovarii (5) och cysta ligamenti lati (2) . . . . .	» 25 » 35.
» Trenne fall af supracervikal uterus-exstirpation medels laparotomi för myom . . . . .	» 31 » 18.
THUE, KR.: Til Belysning af den subfreniske pyopneumothorax's Patogenese . . . . .	» 10 » 4.
THUNBERG, TORSTEN: Jämførelse mellem några i handeln tillgängliga pepsinpreparat . . . . .	» 4 » 27.
THYMANN: Difteri og scarlatina . . . . .	» 25 » 9.
TIGERSTEDT, R.: Die Entdeckung des Lymphgefäß-systemes (Olaus Rudbäck d. ä. und Thomas Bartholinus) . . . . .	» 4 » 3.
TOBIESEN, F.: Bidrag til Læren om Blodets Rolle ved Væuens respiratoriske Stofskifte . . . . .	» 18 » 1.
TORP, C.: Læger og Jurister . . . . .	» 10 » 16.
TORSTENSSON, O.: Om användning af kreosot- och guajakol-karbonater vid ftisis . . . . .	» 18 » 11.



ZACHRISSON, FREDRIK: Till frågan om narkosernas skadliga efterverkningar . . . . .	N:r 31 s. 21.
ZARITMANN: Akut Anæmi; lav Temperatur . . . . .	» 31 » 2.
ÅKERMAN, J. H.: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Pylorussekretes beim Hunde . . . . .	» 4 » 4.
Årsberättelse från 1:ste provinsialläkarne . . . . .	» 26 » 44.
ÖRUM, H. P.: En ny kopenhavnsk Kirkegård . . . . .	» 18 » 41.
» Köbenhavns Amts Sygehus i Ryesgade . . . . .	» 18 » 43.
» Om Tilgangen til Lægestanden . . . . .	» 25 » 43.
» Medicinalkort over Danmark . . . . .	» 31 » 25.

---



## Om käksvulster med ursprung ifrån tand-epitelgroddlisten.

Af

C. A. LJUNGGREN.

Med 4 taflor och 16 autotypier.

### Inledning.

Den grupp af käksvulster, jag nu går att skildra, torde erbjuda ett utomordentligt stort intresse icke blott i rent teoretiskt utan äfven i praktiskt kirurgiskt hänseende. Sitt stora vetenskapliga värde hafva de därför, att man kan påvisa deras härledning ur embryonala rester, som kvarblifvit ifrån tandutvecklingen, hvarjämte de bidra att belysa dessa resters karakter. Därjämte få de sitt intresse vid att studera de olika egenskaper, som de visa, altestersom de bibehålla den embryonala odifferentierade celltypen, eller de växa med antagande af högre, i olika riktningar utdifferentierade cellformer. Vidare vill jag påpeka det beaktansvärda strukturförhållandet de ofta visa af solida epitelsträngar, prolifererande i bindväfsinterstitierna, en struktur som man förut nästan uteslutande tilldelat kancern.

Ur åtskilliga andra synpunkter, till hvilka jag senare i arbetet återkommer, erbjuda de stort intresse.

Kliniskt hafva de sin betydelse såsom en bestämd grupp af vulster med karakteristiska egenskaper, något varierande efter deras olika byggnad, med en utbredningsform inom organismen, som för den operativa behandlingen är af vikt att hafva kännedom om. De skilja sig på ett typiskt sätt ifrån de öfriga i käken förekommande svulsterna såväl de godartade: fibromer, osteomer, som de maligna: sarkomer, karcinomer.

Af vikt är det dessutom att känna dessa svulstformer, därför att de ibland erbjuda dels i sin helhet, dels inom vissa sina

områden en struktur, som mycket lätt kan förväxlas såväl med carcinomer och adenomer som med olika sarkomformer, särskildt de endoteliala och myxomatösa, och med cylindromer.

De, som ej specielt studerat strukturförhållandet vid tandutvecklingen, torde lätt kunna misstaga sig på diagnosen. Därför har jag sökt att så noggrant som möjligt angifva och äfven afbilda de detaljer i strukturen, genom hvilka de med säkerhet kunna mikroskopiskt igenkännas.

Då dessa svulster ingalunda äro så sällsynta företeelser, hvilket min egen kasuistik bäst visar, kan man lätt inse, till hvilka oriktiga resultat bedömandet af behandlingen för olika former af käktumörer kan föra, då dessa svulster hafva löpt in i statistiker under felaktiga rubriker — för att icke tala om den än viktigare betydelse den närmare kunskapen om dem eger för prognos och behandling.

Kännedomen om dessa svulster tillhör den nyaste tiden. Egentligen först med MALASSEZ' undersökningar (1885) har grunden lagts till deras patologi. Sedan hafva flere undersökare, bland hvilka jag vill nämna ALBARRAN, ALLGAYER, DERUJINSKY, KRUSE, CHIBRET, HILDEBRAND, NASSE m. fl. meddelat intressanta fall, som i hög grad bidragit till utvidgandet af vår kännedom om dem.

Hösten 1889 började jag mina undersökningar öfver dessa svulster, med anledning af en tumör, som jag erhållit af doktor PERMAN, och några andra tumörer, som jag fått ifrån Stockholms patologiska institution. En skildring af dem meddelade jag i Svenska läkaresällskapet den 29 april 1890.

Jag fann emellertid snart vid dessa undersökningar och genom studiet af hit hörande litteratur, att så litet ännu var klargjordt på detta område, att för att gifva en noggrann klinisk patologisk bild af de i fråga varande svulsterna det icke blott vore erforderligt, att hafva till sitt föfogande ett större antal fall för noggrann analys, utan att det äfven fordrades ett ingående studium af svulsternas anatomiska ursprung, nämligen tand-epitelgroddlisten, samt af de förändringar denna visar såväl under tandbildningen, som under tandsprickningen, ja äfven under tiden efter den samma. Under arbetets fortgång fann jag det äfven nödvändigt att något sätta mig in uti tandutvecklingen inom de olika djurklasserna och studerade därför med stort intresse de vackra undersökningar häröfver, som framlagts af en LECHE, HERTWIG, RÖSE, VON BRUNN, KÜKENTHAL m. fl.



Ett större och värderikt svulstmateriel erhöil jag, då jag genomgick de käksvulster, som funnos tillvaratagna å Stockholms och Lunds patologiska institutioner. Därjämte erhöil jag af professor Berg 2 tumörer och en från Sabbatsbergs sjukhus. Kliniska upplysningar om svulsterna erhöil jag såväl ifrån de respektive sjukhusens journaler, som äfven genom att själf anställa efterforskningar beträffande patienternas senare öden.

För det anatomiska studiet skaffade jag mig fosterkäkar ifrån de anatomiska institutionerna i Lund och Stockholm. Barnkäkar ifrån olika åldrar jämte käkar ifrån vuxna erhöil jag af amanuenserna MONTELIN och HÅKANSSON.

Jag har ansett det vara lämpligast att framlägga resultaten af mina undersökningar efter följande plan.

Först redogör jag i korthet för de histologiskt embryologiska studierna, hufvudsakligen frambållande, hvad som i och för uppfattningen af svulsternas genes och struktur kan vara af intresse att hafva kännedom om, och med angifvande af en del nya strukturförhållanden, som ej förut varit beskrifna eller utredda. I närmast följande afdelning har jag sökt gifva en öfversiktlig framställning af föregående arbeten på detta område, hvarvid jag äfven skildrat de viktigaste fall, som förut blifvit publicerade. Därefter lemnar jag en skildring af de af mig undersökta svulsternas makroskopiska och mikroskopiska utseende med därtill hörande sjukhistorier. Andra delen af mitt arbete omfattar först svulsternas patologi, sedan deras klinik och behandling.

Det är mig slutligen en kär plikt att hembära min tack till alla dem, som främjat mitt arbete, i främsta rummet professorerna KEY och BERG i Stockholm, ODENIUS och FÜRST i Lund, samt doktorerna PERMAN, MÜLLER, MONTELIN och HÅKANSSON för anskaffandet af värdefullt materiel, vidare till doktor ULMGREN i Stockholm och biblioteksamanuensen LJUNGGREN i Lund för biträde vid anskaffandet af hit hörande literatur, samt till herr N. O. BJÖRKMAN och fröken BUNDZEN för omsorgsfullt gjorda teckningar.

grodning öfver de metamorfoser, som tandens epitellionen, såsom under tandutvecklingen och tandrupter, som sedan kvarblifva inneslutna i käken.

Från de tidigaste fostersta-

några egna undersökningar, detta lierna har jag icke själf gjort förut ganska noggrant bearbetade, sådels därför, att dessa blifvit RÖSE, dels hafva dessa stadier för min skull i nyaste tider af tydelse.

För öfversiktighetens skull vill jag emellertid i några korta drag uppdraga en bild af vår nuvarande kunskap om denna lärom, hufvudsakligen efter RÖSES<sup>1)</sup> mönstergilla undersökning, och bestyrkt bland andra utaf LECHE<sup>2)</sup> m. fl.

Det första spår till tandbildning ger sig tillkänna i form af en spolförmig förtjockning af käkepitelet, bestående af flera olika differentierade, runda celler, och uppträder förtjockningen på fl. n. 34:e—40:e dagen. Under sin vidare utveckling växer denna tandbilden i käken i form utaf 2 sammanhängande lister, hvaraf den ena växer rakt ned i käken, den andra, som bildar en rät vinkel med öfver den förra, växer horisontelt bakåt i käken. Vid denna tidpunkt har det understa lagrets celler antagit cylinderform. Utaf ifrå den förra epitellisten bildas läppfåran genom urhålkning. Den senare bildar den egentliga groddlisten för tandanläggningen. I denna lists undre kant uppstå genom proliferation af cellerna flera rullformiga förtjockningar, 10 stycken i hvar käke (anlag till mjölkn- och väkttänder). Dessa omväxa sedan en bindväfspapill. Härvid är det märkligt att beträffande denna bildning utan fortfar att växa fritt ned i käken. Utaf denna senare del uppstå sedan permanenta tänder på liknande studande sätt. Den vidare utvecklingen försiggår på följande sätt. Omkring tandentinen bildar epitelet ett kloekformigt hölje. Detta höljes yttre deler tiellersta celler differentieras till s. k. stjärnformiga celler, hvilka bildar det af den mäktigaste lagret, den s. k. emaljpulpan. Dessa åter omgifvas inom sig af riferiskt af några lager mera långsträckta celler med korta

<sup>1)</sup> Archiv für mikroskop. Anat., hd. XXVIII, 1891.

<sup>2)</sup> Morpholog. Jahrbuch, hd. XIX, häft. 3, 1892.

löpare, anordnade i stråk, som gå parallelt med omkretsen. Det inre epitellagret, som gränsar omedelbart till bindväfspapillen utgöres af ett högt cylinderepitel, som sedan bildar emaljen; ytterepitelet består åter af ett mera kubiskt epitel. (Se bild 1 och 2, sid. 9 och 11.)

Under fortgången af denna process har groddlistens läge förändrats, så att den ifrån att ursprungligen hafva gått ut ifrån den yttre sidan af käkvallen horisontelt bakåt, så småningom antagit ett mera lodrätt förlopp med svag bågformig böjning<sup>1)</sup> och kommit att ligga allt mer på den mediala (lingvala) sidan af käken.

Dess sammanbindning med käkepitelet, ursprungligen beläget på den yttre sidan af käkvallen och markerande sig som en svag fåra, har så småningom förskjutits ifrån den främre sidan öfver dess midt till dess bakre sida.

Därjämte börjar från listan, som förut gått såsom en jämn platta ned i käken, enligt RÖSE, i 14:e veckan små knoppformiga, oregelbundna, transverselt ställda proliferationer uppstå. På 17:e veckan äro dessa något större; samtidigt börjar skifvan att fenestreras, så att på 29:e veckan den för området af framtänderna bildar en silformigt perforerad skifva med talrika taggar och utsprång. Öfver området för molarerna har den ännu ett mera glatt och jämnt utseende. Därjämte börjar äfven anlaget till mjölk-tänderna skilja sig ifrån groddlistan.

Efter denna öfversikt af tandutvecklingens första stadier, tillåter jag mig, innan jag öfvergår till mina egna undersökningar, göra en kort resumé öfver den kunskap vi ega om de rester af proliferationer från tandlistan, som ej användas till bildandet af tänder.

Det är MAGITOT<sup>2)</sup> i samarbete med ROBIN<sup>3)</sup> och LEGROS,<sup>2)</sup> som först närmare beskrifvit de proliferationer, som, beledsagande tandutvecklingen, utgå ifrån tandens epiteliala anlag. MAGITOT betraktar dem emellertid som transitoriska bildningar, hvilka vid tanderuptionen försvinna. Sedan hafva senare undersökningar af WALDEYER, KÖLLIKER m. fl. bekräftat dem. KÖLLMAN<sup>4)</sup> har egnat dessa bildningar ett mera ingående studium och han är den förste, som uttalar sig för, att de kunna persistera

<sup>1)</sup> Detta beroende på käkens starka tillväxt i höjdriktning och mjölk-tändernas utveckling.

<sup>2)</sup> Journal d'anat. et de physiol., bd. IX, 1873.

<sup>3)</sup> Journal de physiol. 1860.

<sup>4)</sup> Zeitschrift für wiss. Zoologie, bd. 20, 1870.

och gifva anledning till akcessoriska tänder och till nya tänder vid hög ålder.<sup>1)</sup> Därjämte hade han äfven den oriktiga uppfattningen, att de sista molarerna uppstodo af epitelprolifationer ifrån 1:a molarens förbindelse med munepitelet.

MALASSEZ<sup>2)</sup> har öfver dessa bildningar lemnat den noggrannaste skildringen. Han har först påvisat, att hos den vuxna människan omkring tandroten epitelanhopningar förefinnas, som äro rester ifrån tandens epitelanlag. Jag anser mig böra något närmare redogöra för MALASSEZ' undersökningar.

MALASSEZ indelar de epitelialprolifationer, som hos fostret beledsaga utvecklingen af emaljorganet, i 3 grupper.

1:a gruppen omfattar de bildningar, som utgå ifrån den understa delen af käkepitelet. Han beskriver dem såsom dels oregelbundna massor, dels strängar af epitel, hvars celler i några äro anordnade till verkliga epidermoidperlor (globes épidermiques), andra hafva hufvudsakligen bibehållit typen af cellerna i rete-malpighii, hvarjämte här äfven uppträda celler, som äro afrundade eller polygonala utan någon karakteristisk typ. Han omnämner, att det är dessa bildningar, som SERRES beskrifvit under benämningen *«glandes dentaires»*.

2:a gruppen omfattar de epitelialvegetationer, som finnas emellan käkepitelet och tandanlaget. Han anser dessa uppkomma genom prolifation från den ursprungliga tandlisten (epitelgrodlisten) och från förbindningssträngarna. Dessa bilda oregelbundna stråk, som till största delen anastomosera, af små polygonala celler i allmänhet utan någon karakteristisk typ, dock kunna de perifera cellerna stundom antaga cylindelform. Endast sällsynt finnes någon öfvergång till epitelperlor eller till den rete-malpighiska typen.

3:e gruppen åter utgöres af prolifationer från emaljorganets yttre epitel. Detta utsänder små papillära vegetationer af i allmänhet polygonala celler, hvilka å toppen af papillerna antaga låg cylindelform och i de mellersta lagren differentieras till celler med stjärnformig struktur.

Om samtliga dessa bildningars fysiologiska betydelse yttrar MALASSEZ: *«det tyckes, som om de vore att uppfatta såsom förfelade dentitionsförsök eller kanske snarare som anlag till tänder*

<sup>1)</sup> Han anför som exempel härpå ett fall af HUFELAND, beträffande en man, som i 116:e året fick 8 nya tänder, hvilka sedan utföll och ersattes af nya, så att han vid sin död 120 år gammal hade fått 50 nya tänder. *Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie*, bd. 20, 1870.

<sup>2)</sup> *Laboratoire d'histologie du collège de France*, 1885.

i analogi med dem, som man möter hos de djur, hvilkas tänder kunna förnyas; de skulle då tjäna till att bilda öfvertaliga tänder eller sådana af en tredje eller fjärde dentition.»

Efter skildringen af de nämnda bildningarna hos fostret öfvergår MALASSEZ till sina undersökningar beträffande deras förekomst hos den vuxna människan.

MALASSEZ har undersökt snitten ifrån käken å en vuxen man (åldern angifves ej), lagda igenom 2 framtänder, 1 hörntand, 2 premolarer och 1 molar, och på de flesta snitt har han funnit små epitelmassor, liggande i tandrot-hinnan i den del, som närmast gränsar intill tanden, ja ofta i direkt beröring med cementet. Ibland har han äfven anträffat dem, fast mycket sällan, i den yttre delen af tandrot-hinnan, ja t. o. m. i ett angränsande medullarum i käkbenet. Han har funnit dessa bildningar ifrån spetsen af roten ända till gingivalkanten och skildrar dem såsom bildande omkring tandroten ett glest nätverk med här och hvar afbrutna maskor.

Han beskriver vidare deras byggnad: Än visa de sig som kulformiga, än strängformiga, ibland greniga, solida epitelmassor. Cellerna, som sammansätta dem, äro små, polygonala, tätt hoppressade med en relativt stor kärne och en obetydlig protoplasma-rand. I de större bildningarna kan det yttre cellagret antaga cylinderform. Bland de högst upp mot gingivan belägna har han ibland funnit de innersta cellerna keratiniserade.

MALASSEZ anser, att dessa epitelbildningar äro rester ifrån de förut skildrade epitelformationerna vid dentitionen. Att de här ligga djupare och ej motsvara kronan utan roten af tanden, anser han bero på käkens tillväxt och tandens utträde ur den samma.

Beträffande deras härledning ifrån de 3 grupper, han skildrat hos fostret, så tror han, att de båda första grupperna gifva anledning till de ytligaste — alla de öfriga skulle härstamma ifrån den 3:e gruppen.

Denna MALASSEZ' beskrifning har upptagits utaf större delen af de författare, som i senare tider studerat de centrala epiteliala käktumörerna och käkcystorna, såsom ALBARRAN, ALLGAYER, NASSE, KRUSE, KUMMER m. fl., utan att desse synas hafva gjort någon egen kontrollundersökning häröfver. Så återfinna vi den äfven i den stora »*Traité de Chirurgie*» m. fl. andra arbeten.

Utaf arbeten, som gjorts af tandhistologer, har ROTHMANN<sup>1)</sup> 1887 undersökt tandrot-hinnan från 2 incisiver och 1 premolar

<sup>1)</sup> Patho-Histologie der Zahnpulpa und Wurzelhaut. Stuttgart 1889.

från en vuxen individ utad att kunna finna MALASSEZ' epitelrester. Han betraktar därför dessa såsom inkonstanta bildningar. V. EUBNER<sup>1)</sup> omtalar, att man i tandrot-hinnan finner små kul- eller strängformiga anhopningar af epiteleller. och han antager dessa vara rester dels ifrån emaljorganets yttre epitel, dels ifrån BRUNNS rotskida, en bildning, som ej varit känd förr än de allra sista åren, och hvilken jag med några ord vill omnämna.

Förut ansåg man, att emaljorganet ej sträckte sig längre ned än till slutet af tandkronan, men VON BRUNN<sup>2)</sup> har sedan för däggdjur och RÖSE<sup>3)</sup> för människor konstaterat, att emaljorganet utsänder en förlängning nedåt, mot hvars insida roten anlägges. RÖSE och PARTSCH<sup>3)</sup> omtala äfven dessa bildningar såsom funna omkring tandroten, och de uppfatta dem som rester ifrån rotskidan. RÖSE har därjämte i ett arbete om de emalj fria tandrudimenten hos människan antagit, att dessa skulle hafva sitt ursprung ifrån rester af tandlisten. Dessa rudiments läge på den labiala sidan af käken anser han bero på, att vid tandruptionen dessa rester mekaniskt tvingats öfver på den labiala sidan om tänderna.

Utaf denna korta resumé framgår, att i MALASSEZ' undersökningar förefinnes en stor lucka, som han äfven själf påpekar, och hvilken ej af senare undersökningar har blifvit utfylt. Då MALASSEZ nämligen hos fostret beskriver de egendomliga förändringar, som tandens epiteliala anlag undergår under tandutvecklingen, och sedan skildrar såsom slutstadium de hos den vuxna människan omkring roten befintliga epitelresterna, så finna vi inga undersökningar, som angå mellanstadiet, nämligen barnåldern. Jag ansåg det därför lämpligt att undersöka käkar ifrån olika åldersperioder för att få en någorlunda sammanhängande bild öfver den egendomliga utvecklings- och involutionsprocess, som tandens epiteliala anlag undergår. Därjämte ville jag närmare studera såväl de strukturförhållanden, som dessa rester ifrån groddlisten visa i olika stadier, för att se om icke härigenom de växlande bilderna och det egendomliga utseende, som epitelvegetationerna i käksvulsterna visa, kunde få sin exakta förklaring, som ock dessa resters topografiska utbredning i och för jämförelse med vegetationerna hos nybildningarna, och slutligen ville jag söka utröna, om de icke kunde hafva någon viktig fysiologisk eller fylogenetisk betydelse.

<sup>1)</sup> Handbuch für Zahnheilkunde, Wien 1891.

<sup>2)</sup> Archiv für mikr. Anat., bd. XXIX.

<sup>3)</sup> Monatschrift für Zahnheilkunde, 7 häft., X årg.

Jag har därför undersökt käkar från dessa åldrar och börjat med ett 7 månaders foster samt sedan successivt genomgått sådana från fullgånget foster, 3 månaders barn, 1 års barn, 3 års barn, 11 års barn, 30 ars, 40 ars och 60 års man, och jag meddelar här i korthet resultaten.

Materialet har varit härdadt dels i Flemmings lösning, dels i Müllers lösning och alkohol.

*Metodik.* Käkarna äro utkalkade, en del i salpetersyra, de flesta i v. EBNERS lösning och de från vuxna äfven i floroglucin-salpetersyra efter HAUGHS metod.

Preparaten äro dels inbäddade i paraffin, färgade i styck med hematoxylin och eosin och sönderskurna i felfria seriesnitt. Dels äro de inbäddade i celloidin, dels skurna å frys-mikrotom efter inbäddning i gummilösning. Såsom färgningsmedel har vanligen användts vesuvin eller pikrokarmin eller hematoxylin-eosin.

Jag tillåter mig att här i korthet anföra resultaten af mina undersökningar för de olika stadierna, då jag endast vill beröra den del af tandtveeklingen, som är af intresse för mitt ämne, och för att lättare åskadliggöra denna har jag som utgångspunkt tagit några teckningar, hvilka äro naturtroget med kamera ritade efter egna preparat.

*7 mån. foster (bild 1).*

Frontalsnitt genom käken af den främsta mjölkmlaren visar epitelgroddlisten, som ännu med en fin sträng sammanhänges med munepitelet, gående nedåt och inåt i tandköttet;

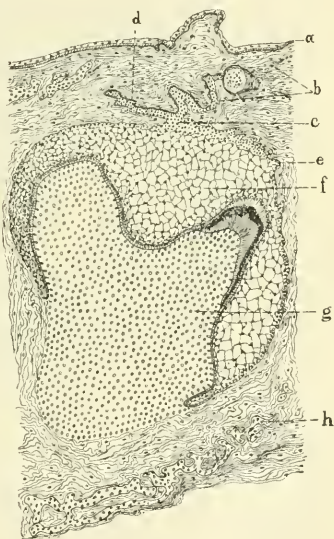


Bild 1.

*a* munepitel, *b* epitelgroddlisten, *c* dess förbindning med emaljorganet, *d* fortsättning af groddlisten, *e* yttereptel (lateral proliferation), *f* emaljpulpan (det stjärnformiga epitelcellagret), *g* tandpapillen (dentinanlaget), *h* käkbenet.



bildande en spetsig vinkel mot munepitelet. Midt öfver emaljorganet sammanhänger den bredt med dettas yttre epitel. Utåt från denna förbindning synes förtjockning och oregelbundna utväxter å emaljorganets yttre epitellager, dessa till stor del beroende på afbruten förbindelse med groddlisten.

I öfrigt synes från själfva emaljorganet inga betydliga proliferationer utom några små på den laterala delen.

Själfva groddlisten visar ej långt ifrån munepitelet en lateralt framskjutande, stor epitelkula, som består af ett yttre lager kubiska eeller, under det att de centralt belägna cellerna äro stadda i keratinisering.

I öfrigt förlöper groddlisten i något buktigt förlopp med fram-buktningar åt den lingvala sidan, eljes inga tydligt markerade proliferationer. Ifrån förbindningssträngen fortsätter den sig inåt och visar i sin nedersta del 2 små hakförmiga inskärningar på den undre ytan.

Jag har gjort en teckning af groddlistens struktur i detta stadium från dess mellersta del (bild 1, taflan 1), därför att, såsom vi senare skola erfara, denna öfverensstämmer fullständigt med strukturförhållanden inom en del partier af svulsterna. Såsom af bilden synes, utgöres den af 2 rader låga cylinderceller, som begränsa ett långsträckt, smalt rum, i hvilket här och hvar eeller uppträda. Dessa äro antingen polygonala eller mera långsträckta och förbinda sig med utlöpare dels sinsemellan dels med cylinderceller. Dessa celler, som ligga i 1 till 2 rader, utfylla ej fullständigt mellanrummet, utan här och hvar uppträda luckor, så att man vid tvärsnitt å dessa ställen får den typiska bilden af ett genomskuret körtelrör.

Öfverser man, huru själfva groddepitellisten i sin helhet förhåller sig till de olika tandanlagen, hvilka ju alla befinna sig på olika utvecklingsstadier, så finner man groddlisten bäst bibehållen i bakersta delen af käken, där den bakom det sista tandanlaget slutar som en rak, jämn platta utan beröring med käkepitelet. Den består af flere lager af polygonala celler med korta utlöpare, som inneslutas af en ram af smala, tätt hoppäckade, mycket höga cylinderepitelceller.

På sista tandanlaget kan man vackert studera förloppet vid afsnörningen af det samma från förbindelse med groddlisten. Jag har ansett mig böra beskrifva denna afsnörningsprocess, bifogande några bilder, därför att jag iakttagit en del, förnt ej kända förhållanden, som för de paradentära resternas ursprung och strukturförhållande hafva sin betydelse.



*Bild 2* visar emaljorganet i bred förbindelse med groddlisten. Medialt om själfva emaljorganet synes i form af en liten rund tapp (*d*) den nedersta randen af själfva groddlisten, som ej användes till själfva tandanlaget. Vidare kunna vi iakttaga, att beträffande förbindningssträngen den mediala begränsningen är fullständigt jämn, bestående af sina cylinderepitelceller, under det att den laterala delen visar smärre papillära exkrescenser, i hvilkas topp cellerna antagit låg cylinderform under det i öfrigt cellerna

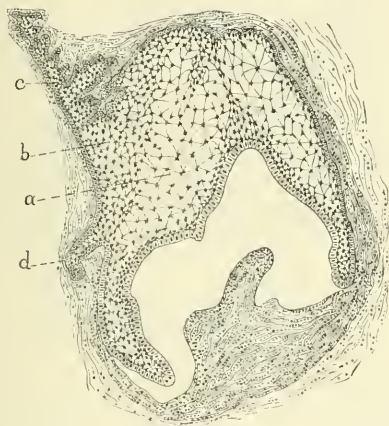


Bild 2.

*a* tandanlagets emaljorgan, *b* dess öfre del, bredt sammanhängande med groddlisten, *c* groddlisten, *d* dess nedre fria rand.

äro polygonala. Emellan exkrescenserna skjuter in rikligt vaskulariserad bindväf.

*Bild 3* anger ett stadium, där man kan se, huruledes groddlistens förbindelse med tandanlaget endast utgöres af en obetydlig sträng (*b*), under det att ett stort parti är afsnöradt af bindväfven. Den afsnörda delen af förbindningssträngen visar utåt ett papillärt utseende. Cellerna i dess midt äro vackert stjärnformiga. Dessa omgifvas af några lager celler af samma ut-

seende som cellerna i det intermediära stratum i emaljorganet. Randlagret utgöres af små, kubiska celler med öfvergång till cylinderform.

Upphåfvandet af förbindelsen synes således försigga på det sättet, att en rikt vaskulariserad bindväf uppdelar förbindelsen i olika afdelningar. Vid högre förstoring kan man se vida kapillärnät ligga omedelbart intill epitelet i vecken emellan de papillära

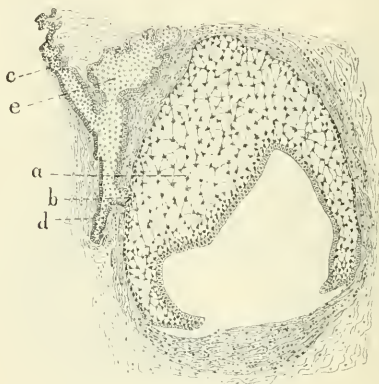


Bild 3.

*a* tandanlagets emaljorgan, *b* förbindningssträng, *c* groddlisten, *d* dess nedre fria rand, *e* afskild del af förbindningssträngen.

exkrescenserna. Vidare kan vara af intresse att veta, att denna afsnöringsprocess sist tyckes angripa den mediala delen af förbindningssträngen.

Gent emot den äldre uppfattningen, enligt hvilken förbindningssträngen framstälts såsom en smal sträng, vanligen kallad emaljorganets hals med från den samma utgående proliferationer, en föreställning, som man lätt kan få vid betraktande af en bild snarlik den ofvan gifna, behöfver jag endast påpeka, huru man vid seriesnitt lätt kan öfvertyga sig om, att dessa proliferationer utgöras af en rest af den ursprungliga tjocka förbindelsen med groddlisten.

Af särskildt intresse synes mig därjämte vara, att rester, så betydande, som jag afbildat i bild 3, kunna afskiljas, hvilka i sin struktur visa nästan fullständig analogi med byggnaden af ett utveckladt emaljorgan.

Öfver de närmast framför belägna tandanlagen ser man groddlisten gående som en smal sträng, delvis ännu i sammanhang med munepitelet. Den ligger i en svagt bågformig krökning i ungefär samma riktning, som finnes afbildad å bilden 1 sid. 9, ehuru den sträcker sig djupare ned i käken, motsvarande de ställen, där de permanenta tänderna anläggas.

Såsom bild. 2 och 3 utvisa, synes redan å den samma öfver sista tandanlaget små, oregelbundna utsprång, transverselt ställda. Dessa framträda starkare öfver de följande tandanlagen, men nå ej någon betydligare utveckling.

Längre fram i käken finner man listen utgöras i sin öfre del af små, smala grupper af atrofiska, tätt hoppressade epitelceller. Nedre delen förlöper i allmänhet som en kompakt sträng. Endast på några ställen ser man hela epitellisten utgöras af små oregelbundna grupper af epitelsträngar och öar, i nedre delen mera tätt liggande. Dessa grupper äro belägna tämligen högt uppe i tandköttet, så att de nederst belägna ej uppnå käkbenets högsta rand. Öfver framtänderna bildar den en perforerad skifva med talrika smärre utsprång och taggar. Undre kanten är här på några ställen redan omvandlad till ett klockformigt emaljorgan för den blifvande tanden. Detta synes med en ganska bred epitellist ännu sammanhänga med respektive mjölktaandsanlag.

I detta stadium kan man i de främre delarna af käken observera, att närmast omkring förbindelsen med epitellisten, som på några ställen synes afbruten, munepitelet sänder ut talrika förlängningar i underliggande bindväf, af hvilka en del äro starkt ansvälda och i sitt inre visa i utveckling stadda »epitelperlor».

Förbindelsesträngen mellan listen och emaljorganet, som vid det sista tandanlaget ännu var bredt, visar sig något smalare, fast ännu bestående af ett flercelligt lager öfver de närmast framför denna belägna anlagen. Öfver de främre bilda en eller två smala stråk af epitelceller enda förbindningen med groddlisten. Den längst kvarstående delen synes vara, såsom jag förut papekat, den mediala delen af förbindningssträngen.

Själftva emaljorganen visa i de olika preparaten endast smärre, låga exkrescenser från ytterepitelet.

Undersökningarna ifrån *nyfödt barn* och *3 månaders barn* visa ungefär samma förhållande, fast vida mera utprägladt vid det senare stadiet, hvadan jag här vill i korthet redogöra för de viktigaste fynden hos detta.

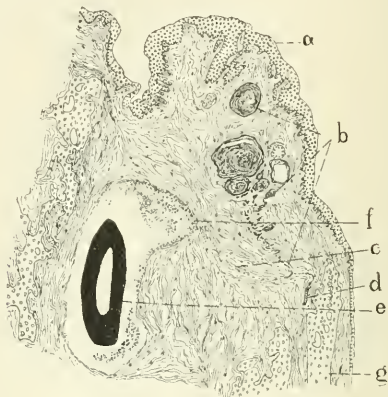


Bild 4.

*a* munepitel, *b* epitelgroddlist, *c* rester af dess förbindning med emaljorganet, *d* anlaget till blifvande tand, *e* mjölk tanden, *f* degenererad emaljpulpa, *g* käkbenet.

Närstående bild, tagen från en hörntand, ger oss en föreställning om följande anmärkningsvärda förändringar, som försiggått. Vi se här den öfre delen af epitelgroddlisten omvandlad till talrika, redan med blotta ögat skönjbara epitelanhopningar och cystor. Dessa intaga, såsom vi af teckningen kunna se, ett stort parti af gingivan. De ligga öfver och mediant om tandanlaget. Nedanför detta lager synas smärre epitelsträngar och öar, som bilda ett oregelbundet band, som förlöper på den lingvala sidan om tandanlaget och nedtill slutar i en cylindrisk tapp, belägen på insidan om öfre delen af käkbenet.

En svagt bågformig linie med konvexiteten nedåt, bildad af små, atrofiska grupper af epitelceller antyder kvarstoden af tandanlagets förening med groddlisten.

Tandens emalj är i detta stadium färdigbildad, och återstoden af emaljorganet visar sig i det afbildade snittet utgöras

dels af en massa fina korn och små, glänsande droppar, dels af blåsformigt uppsvälda celler med skrupna kärnar.

Ungefär liknande struktur finner man i hela käken ända bort till mjölkmlarerna, med den skillnad att i de främsta partierna dessa »epitelperlor» äro betydligt talrikare och större. På sina ställen ser man vackert, huru de bukta fram munslimhinnan, som ofvanför dem ter sig som en smal rand af atrofiska epitelceller, å andra ställen är munslimhinnan genombruten af dessa bildningar. Det är de, som förläna åt tandköttet det vulstiga, uppsvälda, ibland småpipiga utseende, som man iakttagit hos barn i denna ålder. Den vanligaste strukturen är, att de bestå af ett yttre lager små, atrofiska, liksom hopklämda, kubiska eller polygonala celler, som bilda omhöljet till stora, keratiniserade celler, lagrade som bladen i en lök i koncentrisk lameller, ibland i centrum sönderfallna i en detritusmassa. Mera sällan utgöras de helt och hållet af dylika celler. Därjämte finner man bildningar, som typiskt likna epitelperlorna hos kancern i olika stadier. Af intresse är, att en del som sporozoeer beskrifna inlagringar i epitelceller äfven påträffas här. Så har jag i de centrala, starkt uppsvälda cellerna funnit runda, homogena bildningar, starkt färgbara i eosin och fuxin och omgifna af en ljusare zon. En härifrån afvikande struktur, som synes mig vara af stort intresse, och hvilken jag ej förut sett beskrifven, har jag funnit hos några af dessa bildningar, bland hvilka jag låtit afteckna en i bild 2 å tafla 1. Här synes det yttre lagret utgöras af små, hoptryckta, atrofiska celler. Innanför detta synas i öfre delen stora epitelceller stadda i börjande keratinomvandling. I midten synes celledetritus och liknande celler, stadda i börjande sönderfall, men nedre delen visar ett flerlagrigt, vackert stjärnformigt epitel.<sup>1)</sup>

Dessa så organiserade bildningar har jag funnit äfven bland de högst upp mot gingivan belägna epitelresterna. I allmänhet äro dessa högre differentierade bildningar belägna mest lateralt.

Ser man åter till förhållandet i den bakre delen af käken öfver mjölkmlarerna, så visar bild 5 (följ. sida) en ganska karakteristisk bild. Vi se här öfre delen af groddlisten omvandlad till en stor epitelperla. Fortsättningen åter visar betydliga, transversala, papillära epitelialprolifationer, vida större än dem vi förut observerat å listen. Bild 6 återger deras strukturförhållanden. Strängen löper ungefär i rak riktning till tandanlagets midt något ofvanför det-

<sup>1)</sup> Å bilden framträder den stjärnformiga cellstrukturen endast i sidodelarna. Teckningen ej fullt lyckad.

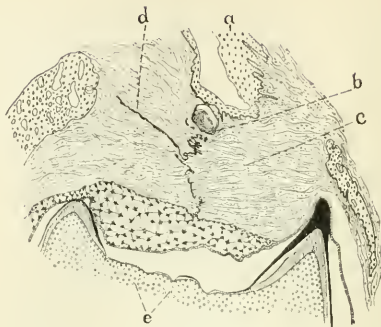


Bild 5.

*a* munepitel, *b* groddlisten, *c* förbindningssträng, *d* groddlistens fortsättning, *e* mjölkmolaren.

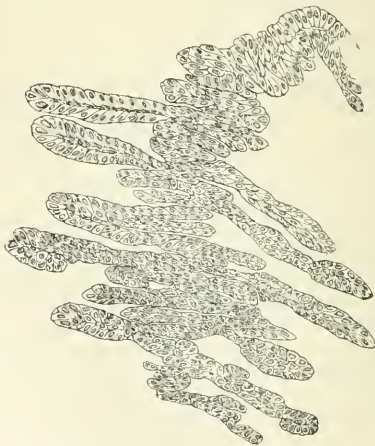


Bild 6. Kamera. Leitz obj. 6., ok. 1.

Parti af groddlisten med betydande transversala proliferationer.

samma. Här ändrar den riktning och löper som en lång, smal sträng, parallelt med tandanlagets yta, ända till dess mediala kant, hvarest den slutar i en hakformig omböjning. Från denna strängs undre yta synas små, låga epitelknoppar utgå. Så återfinna vi groddlisten öfver de centrala delarna af tandanlaget.

Öfver de perifera delarna åter förlöper groddlisten såsom en atrofisk sträng.

Nästa stadium, jag undersökt, är från 1 års barn. Bild 7, frontalsnitt genom framtanden, ger oss en någorlunda föreställning om förhållandena i denna period. Vi se här tanden redan framkommen. Invid dess rot synas å bilden några svarta punkter (*d*), som motsvara smärre epitelsträngar, rester af rotskidan, hvilken redan blifvit söndersprängd. Öfver anlaget till den blifvande tanden synes ett oregelbundet nätverk (*c*). Detta förtjänar en något närmare beskrifning. Vid högre förstoring ser man det utgöras af ett oregelbundet nät af epitelsträngar, som nedåt utskicka talrika, än kortare, än längre, papillära exkrescenser, hvilka i de fria ändarna visa antingen en enkel, kolförmig ansvällning eller äro uppdelade i flere, ofta rosettförmigt grupperade kolfvar. Detta epitel nät sammanhänges genom två ganska betydande cellsträngar, som nedtill förena sig

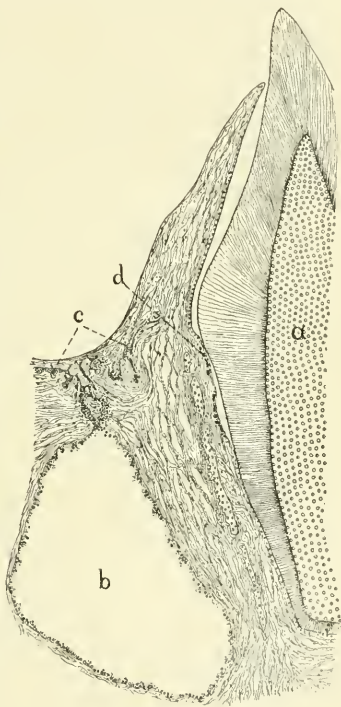


Bild 7.

*a* den utvecklade mjölkframtanden, *b* den permanenta tandens follikel, *c* rester af epitelgroddlisten, *d* rester af rotskidan.



till en, med det epitel, som bekläder insidan af den blifvande tandens follikel, rester af dess emaljorgan. Förbindelsen finnes, såsom man af bilden ser, vid tandsäckens öfversta del. På andra sidan om denna förbindelsesträng fortsätter sig groddlisten, medialt om tandanlaget, såsom en smal sträng, med från undre ytan utgående, små, vackert kolfformiga, regelbundna, stjälkade epitelproliferationer.

Beträffande den finare strukturen af dessa bildningar, så visa sig epitelsträngarna sammansatta af små, tätt liggande, hoptryckta celler utan någon karakteristisk typ; i kolfvarna har randlagret utbildat sig till smala cylinderceller, och i de större kan man äfven se de inre cellerna med små, korta bryggor förbinda sig med hvarandra.

I förbindelsesträngarna äro cellerna stadda i börjande degeneration. De äro starkt ansvälda med kornig protoplasma och en skrumpen kärne. Själva tandfollikelns epitelbeklädnad är äfven till största delen degenererad. Utaf de papillära ntväxter, som dess yttre epitel bildat, kunna vi här och hvar i follikelväggen se grupper af bibehållna celler; i allmänhet äro äfven de degenererade.

I tandköttet på den mediala sidan om tanden utgör ett oregelbundet, grenigt nätverk af smala epitelsträngar, bildade af atrofiska celler, den enda resten af epitel-listen, som vi här kunna iakttaga.

I öfrigt synes mig anmärkningsvärdt, att största delen af de i föregående stadium beskrifna epitelpärlorna och cystorna nu synas försvunna. Endast här och hvar i tandköttet uppträda spridda rester af desamma. Där mjölkänderna frambrutit, se vi dessa rester fortfarande ligga hufvudsakligen på den mediala sidan af tanden; endast en och annan kan man finna på den laterala sidan.

Snitten igenom käken, motsvarande hörntanden, som ännu icke är framkommen, erbjuder vissa strukturförhållanden, som jag anser lämpligt med några ord redogöra för. Man ser här i tandköttet talrika stråk af epitelsträngar, emellan hvilka här och hvar större epitelanhopningar framträda, som dels löpa ifrån munepitelet till mjölk-tanden, dels massrikare till den permanenta tanden. I en del af de större cellanhopningarna hafva de inre cellerna antagit karakter af plattepitelceller. Därjämte iakttagger man på vissa snitt, att de spridda epitelstråken, som löpa till den permanenta tanden, uppåt öfvergå i en lång, solid sträng, byggd af flere lager celler, lika munepitelets och direkt öfvergående i



detta. Lateralt om denna, på något afstånd, har jag iakttagit en rak, liknande byggd epitelsträng, fast mycket smalare, som fort-sätter sig ifrån munepitelet i riktning mot mjölkanden och når nästan ända till dennas spets.

Öfver mjölmolarnas synas i tandköttet af groddlisten blott små obetydliga rester. Endast nedre delen är väl bibehållen. Belägen på den mediala sidan af tanden strax intill öfre delen af käkbenet, bildar den en sträng af flere lager eeller, omgifna af vackra, smala cylindereeller. Dess nedersta del visar en betydlig cellförökning; ibland kan man se den utgöras af rosettformigt anordnade epitelkolfvar. Omkring dessa är bindväfven starkt cellrik. Själfva emaljorganets celler synas äfven till största delen degenererade, och endast här och hvar visa sig bibehållna cellgrupper af de förut omtalade papillära proliferationerna fran yttre epitelet.

Från 3 års barn visa snitten i tandköttet endast sparsamma rester af epitellisten i form af dels små, atrofiska eellgrupper, dels några större, där eellerna antagit plattepiteltypen. De flesta ligga på den mediala sidan om tanden. Omkring rötterna på de främre mjölkänderna synas i öfre delen tämligen sparsamma, oftast långsträckta grupper af tätt hoppäckade epitelceller. I en del af dessa grupper synas cellerna kornigt sönderfallna. Vid nedre tredjedelen af roten synes på en del preparat en sammanhängande epitelsträng, med cellerna oftast anordnade i 2 lager och af lågt kubisk gestalt. Vid själfva rotspetsen slutar denna sträng i en tämligen stor, afrundad kolf, bestående af flere cellager, och denna skjuter sig rakt under tandroten nära vinkelrätt mot den öfriga delen af rotskidan. Detta strukturförhållande för människa har ej förut blifvit demonstreradt.

Ett särskildt intresse erbjuder dessutom detta stadium för studiet af epitellistens förhållande till det permanenta tandanlaget. Detta ligger medialt om mjölkanden, omslutet af spongiös benväfnad med undantag af öfver dess midt, hvarest en öppning förefinnes. Jag har låtit afteckna i bild 8 (följ. sida) ett parti från ett preparat ifrån anlaget till en framtand.

Man ser här centralt en mäktig epitelsträng (*b*), från hvars sidor transverselt utgå oregelbundet greniga proliferationer med oftast knoppformigt ansvälda ändgrenar. Nedtill sammanhängen den med taudsäckens epitel. Uppåt öfvergår den i många små, atrofiska epitelstråk. Till strukturen äro dessa bildningar lika dem, jag beskrifvit i föregående stadium för nedre delen af groddlisten.

Af intresse skulle varit att äfven hafva undersökt käkar, där den permanenta tanden var stadd i genombrott, men någon sådan har ej stått till mitt förfogande.

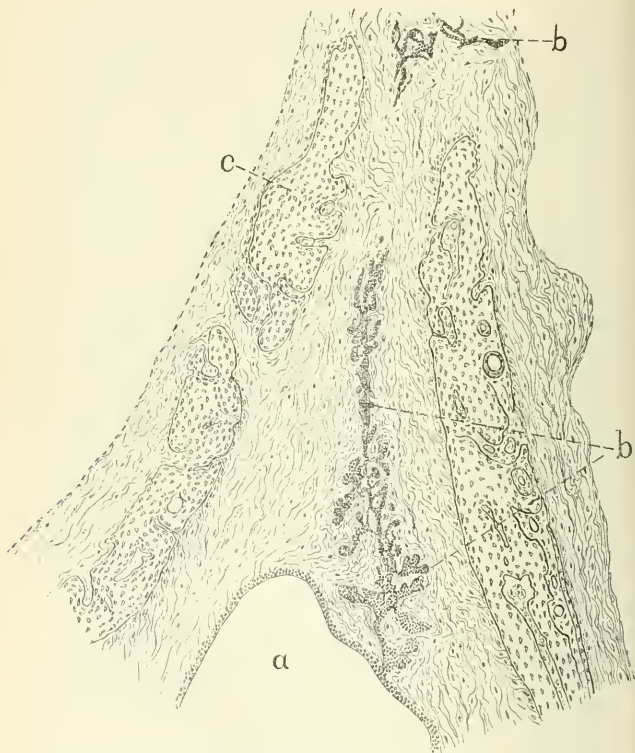


Bild 8.

a permanenta tandens tandsäck, b groddlisten, c kükben.

Däremot vill jag i korthet redogöra för några undersökningar, som jag gjort från tandkötet i öfverkäken bakom 1. molaren på

en 11 års gosse. Denne var angripen af ett rundeellsarkom, som äfven usurerat bakre delen af processus alveolaris, och vegetationen sträckte sig under tandköttet på detta ställe, så att tanden undanskjutits till tuber maxillare. Tandköttet visade sig emellertid här fullständigt fritt från svulstbildning, och i dess mediala hälft lågo i strängformig anordning några epitelanhopningar, tilltagande i mäktighet nedåt. Öfverst ser man, utan något sammanhang med munepitelet, några små, mest runda epitelmassor. De bestå ytterst af små, polygonala, tätt hoppackade eeller. Innanför dem ligga blåsformigt uppdrifna, större celler en del visande börjande keratinisering. Nedanför detta stratum bilda epitelmassorna oregelbundet greniga strängar, som nedtill tilltaga i omfång. Cellerna, som sammansätta dessa, äro små, polygonala, tätt hoppressade.

Från den vuxna människan har jag gjort tallösa snitt igenom käken på en 30, en 40 och en 60 års man. Jag vill i korthet sammanställa de resultat, jag härvid erhållit.

De rester, jag här påträffat ifrån tandens epiteliala anlag, har jag ansett lämpligt indela i 3 olika grupper. Till första gruppen höra de rester, som befunnit sig invid tandroten; andra gruppen omfattar de rester, som varit belägna dels i tandrot-hinnan, aflägsset ifrån själfva tandroten, dels i angränsande medullarrum; tredje gruppen åter de rester, som förefunnits i tandköttet.

Beträffande första gruppen, öfverensstämma de bildningar, jag funnit omkring tandroten, fullständigt med den beskrifning MALASSEZ lemnat öfver de af honom funna paradentära epitelresterna, hvilken beskrifning jag förut refererat. Jag kan dock ej tolka dem på samma sätt som MALASSEZ utan anser dem vara rester af rotskidan.

De epitelrester, jag funnit, tillhörande andra gruppen, hafva påträffats vida mera varierande till sin förekomst än de föregående. De skilja sig ifrån föregående grupp, utom beträffande läget, därigenom, att de i allmänhet äro större och ligga i runda eller ovala hopar, ofta omgifna af en koncentr. lagrad bindväf, under det att de föregående i allmänhet voro mera långsträckta, smala bildningar.

Talrikast finner man dessa smärre rester ofta uppe vid öfre delen af tandroten; men äfven här och hvar i tandrothinnan och i angränsande medullarrum påträffas de. Deras ursprung synes mig härleda sig dels ifrån de proliferationer, som utgingo ifrån

emaljorganets yttre epitel, och hvaraf vi funno, att här och hvar under tandsprickningsperioden små grupper kunde kvarstå oförändrade.

Därjämte har jag uppfattat dem såsom rester af själfva groddlistens transversela proliferationer äfvensom från kvarstående delar af förbindningssträngarna. Jag behöfver blott hänvisa till afbildningarna 7 och 8 till stöd för detta antagande. Att närmare afgöra hvilka af dessa rester, som härleda sig från dessa olika grupper, tilltror jag mig ej.

Däremot har jag ibland funnit bildningar, som jag med större säkerhet vill härleda ifrån nedre delen af själfva groddlisten. Så har jag på den mediala sidan om tandroten påträffat större grupper af epitelmassor, liggande i runda och ovala hopar. Cellerna, som sammansätta dessa, äro i allmänhet af samma typ som de öfriga epitelresternas, men därjämte synes i randlagret en antydning till cylinderform hos dem. De utgöra oftast de enda epitelresterna, man på snittet kan se omkring tanden. På grund af deras läge, som exakt motsvarar läget för groddlistens nedersta del, och på grund af deras cellrikedom och uppträdande i en begränsad grupp, har jag härledt dem ifrån detta ursprung.

Beträffande de epitelrester, man finner i tandköttet, påträffas de ytterst sparsamt och utgöras i allmänhet af små öar af atrofiska epitelceller, en del af dem närmande sig plattepiteltypen. ZUCKERKANDL<sup>1)</sup> har som bekant beskrifvit i tandköttet bakom sista molaren en epitelbildning, som han uppfattar såsom ett rudimentärt anlag till en 4:e molar. På de käkar, jag haft till mitt förfogande, har jag ej kunnat påvisa detsamma.

Utaf mera betydande epitelrester, som jag påträffat i gingivan, har jag i bild 3 å taflan 1 afbildat en, som jag följt igenom flere snitt. Den var belägen i den djupaste delen af tandköttet strax intill käkbenet. Den visar sig bestå af tätt hopgyttrade små celler, af hvilka de innersta hafva en struktur mellan den af Malpighiska och stjärnformiga celler. Denna struktur framträder tydligt vid högre förstoring.

Sammanfattar jag nu de allmänna resultaten af mina undersökningar och jämför dem med föregående arbeten, så tillåter jag mig anmärka följande.

Den utmärkta skildring, som MALASSEZ efter den tidens kunskap om tandutvecklingen och på grund af egna undersökningar

<sup>1)</sup> Handbuch der Zahnheilkunde, 1890.

lemnad af de epitelialproliferationer, som beledsaga tandutvecklingen hos fostret, tillåter, som vi af dessa undersökningar kunnat finna, åtskilliga modifikationer.

MALASSEZ har icke kunnat taga tillräcklig hänsyn till, att dessa epitelrester icke alla härrörde af proliferationer ifrån munepitelet, groddlisten och förhindningssträngarna utan äfven till stor del endast voro rester af den silformigt perforerade groddlisten, som RÖSE synnerligen lärerikt demonstrerat och äfven plastiskt återgifvit i sina modeller öfver tandutvecklingen. Därjämte har jag påvisat det intressanta förhållandet, att vid emaljorganens afsnörning ifrån groddlisten mycket stora partier kunna afskiljas, som bilda en betydlig del af dessa epitelrester.

Af den fortsatta gången af utvecklingen under barnåldern, som ej förut varit noggrant följd, har jag lemnat en sammanträngd beskrifning från några af de viktigaste stadierna. Utaf denna vill jag framhålla särskildt den intressanta bildning af talrika epitelpärlor och cystor i tandköttet, som äro af så mycket större betydelse, som de utgöra en så att säga fysiologisk prototyp för en del af cystabildningen inom käksvulsterna.

Dessa bildningar hafva visserligen förut blifvit omtalade, men någon närmare beskrifning af dem har ej gjorts hvarken med afseende på deras genes, struktur eller utbredning.

Jag har visat, att dessa uppkomma dels igenom afsnörning från den undre delen af munepitelet vid groddlistens afskiljande, dels ifrån groddlisten själf, och härvidlag är särskildt att anmärka, att en del af dem synes vara bildningar af större betydelse, nämligen att tolka såsom rester, tydande på en föregående dentition.

Så har jag åtminstone uppfattat de bildningar, hvaraf jag i bild 1 (s. 9) återgifvit en, där vi, vid i öfrigt nära oförändrad groddlist, finna en skarpt utpräglad lateral list, omvandlad till en epidermoidpärla. Detta vann för mig ytterligare stöd, då jag i LEBES vackra undersökningar fann liknande bildningar beskrifna och så tolkade hos *erinaceus* och *didelphys*.

Därjämte vill jag påpeka den högre utbildade struktur, som jag kunnat påvisa på en del af dessa bildningar, nämligen att de utgjordes af så väl hudepitelceller, delvis stadda i keratinisering som ock af stjärnformiga celler, något som ej förut blifvit beskrifvet.

Människans tandbett är till sin anläggning att uppfatta såsom ett reptil-tandbett, där under det långa fetallifvet en del dentitioner ej komma till utveckling, men i stället utveckla

sig de senare framkomna tänderna till högre former än de endast kägelformiga reptiltänderna. Det kan vara af intresse att påpeka, att liksom den första tanden hos reptilen anlägges i själfva munepitelet såsom en upphöjd papill, så har RÖSE på sista tiden äfven trott sig kunna hos människan påvisa detta anlag i form af små papiller, som uppträda ungefär på 34:e dagen och sedan försvinna.

Såsom spår af föregående dentitioner, som ej kommit till utveckling, har jag uppfattat dessa epitelbildningar: såsom än högre former af dem kunna vi på den labiala sidan om tanden påträffa emalj fria tandrudiment.

Beträffande i öfrigt den fysiologiska betydelsen af de betydande epitelproliferationer, vi funnit vid dentitionen i dess olika stadier, och hvilka af föregående författare i allmänhet uppfattats såsom ändamålslösa bildningar, så synas de mig hafva den betydelse, att de ofvanför emaljorganet hålla platsen öppen för tandens utveckling, liksom själfva emaljorganet icke så mycket är till för att bilda emalj — ty vi finna det utveckladt äfven hos de djur, som sakna emalj — utan mer för att bereda plats för tanden och för att vara dess matrix. Ytterligare stöd för denna uppfattning finner jag däruti, att jag funnit dessa proliferaationer vara starkast öfver midten af tandanlaget, såsom jag förut beskrifvit ifrån mjölkmolaren hos ett 3 månaders barn.

Äfven för den permanenta tanden torde dessa proliferaationer hafva en betydelse genom att hålla en väg öppen för tanden och hindra käkbenets sammanväxning öfver densamma i analogi med rotskidans betydelse att hindra tandens fastväxning vid käkbenet.

Under den följande utvecklingen finna vi, att de epitelproliferaationer, som beledsagat mjölk tandens bildning, alltmer försvinna och i stället, samtidigt med det permanenta tandanlagets utveckling, nya proliferaationer uppstå ifrån den nedre, kvarstående delen af groddlisten. Därjämte hafva vi sett, att denna åtminstone ibland icke fullständigt användes till bildandet af den blifvande tanden, utan en del kvarstår medialt om den samma, som sedan kan, såsom jag från 1 års barn skildrat, bilda vackra knoppformiga proliferaationer.

Utaf mina undersökningar ifrån den vuxna människan vill jag här endast framhålla, att de rester, jag funnit ifrån tandens epitelanlag, uppträdt ytterst varierande, så att, då jag i en stor del af fall endast fann smärre, atrofiska cellgrupper omkring tand-

roten motsvarande rotskidan, ja i somliga snitt saknades äfven dessa, så kunde jag dock här och hvar utan någon bestämd norm finna mera betydande kvarstoder, som dels kunde med sannolikhet, på grund af deras läge och strukturförhållanden, deriveras ifrån den nedre delen af själfva groddlisten, dels ifrån öfriga delar af den samma. Antagligt vore, att man vid undersökandet af ett större antal käkar händelsevis skulle träffa på än större rester af epitelanlaget. De gjorda undersökningarna äro dock tillräckliga för att visa, att vi hos den vuxna människan kunna påträffa ganska betydande paradentära epitelrester, hvilka icke äro att tillskrifva rester af rotskidan.

### Historisk öfversikt jämte redogörelse för de viktigaste förut meddelade fallen.

Sedan längre tid tillbaka hade man funnit, fast ytterst sällsynt, centralt i käken belägna tumörer, som till utseende och konsistens erinrade om förkalkad dentin och emalj. OUDET (1809) angifves i allmänhet såsom den förste, som beskrifvit ett dylikt fall med den uppfattningen, att tumören uppkommit genom abnormaliteter vid tandutvecklingen. Förut hade dessa svulster uppfattats såsom exostoser ifrån käkbenet. BROCA har 1867<sup>1)</sup> och 1869<sup>2)</sup> i ett omfattande, klassiskt arbete behandlat dessa svulster, och då den beskrifning och klassifikation, han gjort af dem, ännu för de flesta är gällande, så må det tillåtas mig att i korthet referera det viktigaste af hans arbete. Dessa benhårda tumörer ansåg BROCA hafva haft ett förstadium, då de utgjordes af mjuk väfnad i analogi med tandens utveckling. Ytterligare stöd härför hade han i fall, som ROBIN<sup>3)</sup> (1862) förut meddelat under rubriken »*Sur une espèce de tumeur formée aux dépens du tissu des bulbes dentaires*», och som visade en fibrös struktur med celler likuande tandpulpans och emaljorganets. BROCA benämner dessa tumörer odontomer, uppkomna genom en felaktig utveckling af tandanlaget och indelar dem i olika grupper:

*Första gruppen:* embryoplastiska odontomer. Dessa uppträda enligt honom såsom fibrösa eller sarkomatösa svulster utan

<sup>1)</sup> Acad. des sciences, 30. sept. 1867.

<sup>2)</sup> Traité des Tumeurs Paris, 1869.

<sup>3)</sup> Mém. de la Soc. de Biol., 1862.



någon vidare differentiering af väfnaden, emedan de enligt hans uppfattning äro uppkomna i en tidpunkt, då ännu icke anlagen till de olika tandväfnaderna utdifferentierat sig. De kunna igenkännas därigenom, att de ligga centralt i käken, omgifna af ett fibröst hölje, och uppträda innan tandutvecklingen är fullbordad.

*Andra gruppen* omfattar de svulster, som äro uppkomna i den period, då de specifika tandsubstanserna bildas, af BROCA benämnd den odontoblastiska perioden».

Han särskiljer här två olika slag, alt eftersom tandsubstanserna äro förkalkade eller icke, och benämner dessa dentificerade eller icke dentificerade odontom.

Dessa antager han uppkomma genom en hyperplasi af tandpapillen. Vid en enkel hyperplasi af denna, med öfvergång af cellerna till bindväf atrofiera de dentin- och emaljceller, som bekläda den summa, och därför kan ej någon dentificering ega rum. Men i själfva pulpan kan utveckla sig större och mindre mängder af förkalkade dentinfrön, hvilka förläna svulsterna en fastare konsistens. I andra fall klyfver sig tandpapillen i flere oregelbundna delar, hvilka sedan med bibehållande af sitt epitel och dentincellager vidare proliferera, dessa bildade de dentificerade odontomen.

*Tredje gruppen* omfattar de svulster, som utveckla sig af tandanlaget, då tandkronan redan är stadd i bildning, koronära odontom, äfven dessa uppkomma genom en hyperplasi af tandpapillen. De kunna antingen bilda smärre cirkumskripta tumörer, af SALTER<sup>1)</sup> benämnda verrukösa tänder, eller också diffusa bildningar, som omväxa kronan och hindra dess vidare utveckling.

*Fjärde gruppen* benämner han radikulära odontom, och han förstår därmed de, hvilka bildas vid tandrotsbildningen. Dessa bestå vanligen af icke blott dentin utan äfven cement, men innehålla ej emalj.

På den tidpunkt BROCA gjorde dessa meddelanden var själfva tandutvecklingen ännu så föga känd, att hans uppfattning torde förefallit i hög grad tilltalande. Egendomligt är, att äfven senare författare, som behandlat detta ämne, fortfarande ställt sig hufvudsakligen på BROCAS ståndpunkt.

Under det BROCA för dessa tumörer låter själfva tandpapillen (dentinanlaget) spela hufvudrollen, så hade redan WEDL<sup>2)</sup> (1851) i ett fall, det första mikroskopiskt undersökta, påpekat emalj-

<sup>1)</sup> Guy's Hosp. Rep. 1850, IV.

<sup>2)</sup> Pathol. Histol. Wien 1853.



organets aktiva roll vid bildandet af dessa tumörer. BROCA tillbakavisar WEDLS påstående med den förklaringen, att detta endast var sekundärt indraget i nybildningen genom ett primärt pulpalidande.

BROCA antager, att dessa tumörer äro uppkomna genom en hypergenes af den transitoriska tandväfnaden. Han anser, att dessa tumörer genomgå ett bildningsstadium, da de äro mjuka och kärlika. Sedan undergå de dentifikation, då växtligheten är mindre, och slutligen som fullständigt förkalkade blifva de stationära.

Äfven om, sasom vi sedan skola erfara, BROCAS uppfattning om dessa tumörer i mycket är oriktig, så förblifver dock hans stora, varaktiga förtjänst att först hafva sammanställt och till en klinisk patologisk enhet ordnat en del käktumörer med bestämdt påvisande af deras utveckling ifrån tandanlaget.

Senare forskare på detta område hafva i allmänhet följt BROCA, endast hans första grupp har af alla författare ej akcepterats.

Så återfinna vi BROCAS indelning och uppfattning af dessa svulster i C. HEATHS klassiska arbete *Injuries and Diseases of the Jaws*.

HEIDENREICH i »*Traité de chirurgie*» beskriver dessa svulster också hufvudsakligen efter BROCA.

Utom dessa s. k. odontomer gafs ännu en grupp af patologiska bildningar inom käken, nämligen käkeysterna, för hvilka man redan tidigt började ana ett dentärt ursprung. DELPECH<sup>1)</sup> 1816 uppgifves sasom den förste, som uttalat sig i denna riktning, då han antog, att käkeystan utvecklade sig i tandpulpan. Eljes uppfattade de äldre kirurgerna de i käken funna cystorna af samma ursprung, som de man funnit i öfriga ben, ehuru cystorna, sasom DUPUYTREN särskildt framhållit, hufvudsakligen voro lokaliserade i käkbenen. Den historiska utvecklingen af vår kännedom om cystorna ligger icke i planen för mitt arbete att redogöra för. Jag hänvisar dem, som specielt intressera sig härför till HADERUPS<sup>2)</sup> fullständiga bearbetning af detta kapitel. Jag vill endast här crinra om MAGITÔTS<sup>3)</sup> stora monografi öfver käkeystor, som utkom 1872 och 1873 och länge utöfvat ett dominerande inflytande på detta område. MAGITÔT visar, att alla cystorna äro af

<sup>1)</sup> *Chirurgie clinique*, 1816 t. III.

<sup>2)</sup> *Skand. Tidsskrift för Tandläger*, 1885 o. 1887.

<sup>3)</sup> *Archives gén. de Med.*, 1872 och 1873.

dentärt ursprung, med undantag af de sällsynta fall, där de bilda höljet för en främmande kropp.

Han åtskiljer 2 olika slags cystor, de periostala, som uppkomma ifrån en inflammatorisk retning genom en utgjutning emellan tandroten och dess periost, och de follikulära, som han i öfverensstämmelse med BROCA anser uppkomma genom en cystös omvandling af tandfollikeln.

MAGITÔT förnekar, att emaljgroddlisten spelar någon aktiv roll vid cystabildningen.

En grupp af dessa cystor intressera oss närmare, nämligen det multilokulära kystomet; eller, som det också kallats, cystiska sarkomet.

Det första fallet är meddeladt af CUZACH<sup>1)</sup> 1826.

MAGITÔT har i sin samling af cystiska käktumörer hopsamlat 9 fall af multilokulära kystom. Han har gjort ett försök att tolka dem såsom härledda af periostala eller follikulära cystor.

Han har då antagit, antingen att flere folliklar kunde cystiskt degenerera, eller att en cysta skulle kunna under sin utveckling genom de spongiösa benbalkarna i käkbenet afsnöras i olika fack.

På senare tiden har han<sup>2)</sup> därjämte uppställt den hypotesen, att några epitelproliferationer från dentitionen kunde persistera och sedan bilda utgångspunkten för tandfolliklar, som cystöst degenererade.

GUYON, GOSSELIN, DOLBEAU m. fl. ansågo dessa kystomer ej vara af dentärt ursprung.

Den förste som i dessa svulster kunnat påvisa bilder, tydande på ett ursprung ifrån proliferationer ifrån tandens epiteliala anlag är WEDL 1870.<sup>3)</sup>

Han beskriver en svulst, som han uppfattar som ett cystosarkom, i hvilket han i den sarkomatösa väfnaden påträffat blås- och rörformiga bildningar, städse beklädda utåt med cylindriskt epitel och med de inre cellerna tenderande till cystös degeneration. WEDL yttrar sig mycket försiktigt om dessa bildningars betydelse: Knappast aningsvis kan man uttala sig för, att dessa bildningar stå i sammanhang med rikligt prolifererande sidoknoppar från ett emaljorgan.»

WEDLS fall beträffar en 33-årig man, som för 7 år sedan led af häftig tandvärk, hvarför han lät utdraga en molartand,

<sup>1)</sup> Dublin Hosp. Rep. 1826, vol. IV.

<sup>2)</sup> Bulletin Soc. chirurgie, 1878.

<sup>3)</sup> Pathologie der Zähne, 1870.

därefter försorde han ingenting i 18 månader, men sedan började i hålet efter den utdragna tanden en svulst utveckla sig, som tillväxte långsamt och utbreddes sig intraossöst i vänstra käkhalvvan.

1878 beskrifver FALKSON<sup>1)</sup> en barnhufvudstor underkäkstumör, som utgjordes dels af cystös, dels af en solid, porös väfnad. Den hade utvecklats sig under loppet af 10 år på en 40-årig fru och hade börjat som en liten knuta å främre ytan å högra delen af underkäken.

Mikroskopiskt visade svulsten en alveolär byggnad, och alveolerna utgjordes af ett yttre lager af cylinderceller, som inneslöt stjärnformiga epitelceller. Mellan dessa båda lager uppträdde ofta ett lager af runda celler, därjämte kunde äfven dessa alveoler innehålla koncentriskt lagrade celler, bildande »epitelpärlor».

Han härledde svulsten med bestämdhet ifrån proliferationer, utgångna ifrån ett emaljorgan.

Sedermera hafva BRÜK<sup>2)</sup> och TRZEBICKY<sup>3)</sup> beskrifvit hvardera 1 fall, hvari de påvisat en liknande struktur som i FALKSONS fall, och de ansluta sig till hans uppfattning om svulsternas genes.

BUSCH<sup>4)</sup> beskrifver 1877 ett centralt epitelom i underkäken, som hos en 40 års fru börjat för något mer än ett år sedan och angripit hela den horisontala delen af käken. Slemhinnan var frisk ända till de sista veckorna, då den på ett ställe börjat ulcerera.

Den mikroskopiska undersökningen visade ett epitelom med talrika rör- och blåsformiga epitelbildningar med öfvergång på sina ställen till små cystor. I en del af dessa bildningar voro cellerna stadda i kolloid degeneration. Busch antager, att denna svulst var uppkommen därigenom, att vid bildandet af käken en instjälplning af det yttre groddbladet egt rum.

I sammanhang med BUSCHS fall vill jag omnämna 2 fall meddelade af KOLACZEK<sup>5)</sup> och BÜCHTEMANN<sup>6)</sup>, för hvilka författarne framställa en speciel tolkning. KOLACZEK beskrifver en barnhufvudstor cystasvulst ifrån vänstra underkäken på en 28-årig kvinna,

<sup>1)</sup> Virchows Archiv. bd. 76.

<sup>2)</sup> Arch. für klin. Chirurg., bd XXV.

<sup>3)</sup> Zeitschrift für Heilkunde, bd X.

<sup>4)</sup> Berlin. klin. Wochenschrift, 1877.

<sup>5)</sup> Archiv für klin. Chirurg., bd 21.

<sup>6)</sup> Archiv für klin. Chirurg., bd. 26.

som utvecklats sedan 8 år tillbaka. I denna svulst fann han talrika, körtelliknande epitelbildningar, som periferiskt visade ett lager af cylinderceller, hvilket inneslöt runda eller spolförmiga celler, som ofta undergingo kolloid degeneration; därjämte omtalar han, att i en del alveoler cellerna bildade ett nätverk. Från den papillomatöst sönderklyftade alveolarslemhinnan utgingo långa smala epitelsträngar, som öfvergingo i stora, oregelbundet utbukade epiteläckar af samma struktur som epitelalveolerna i svulsten.

Författaren vill härleda svulsten ifrån embryonal körtelväfnad, som utvecklat sig latent under många år.

BÜCHTEMANN'S fall beträffar en 29-årig flicka, i hvars vänstra underkäke under 3 års tid en något mindre, delvis cystös svulst uppstått. Den visade ungefär samma struktur som i KOLACZEK'S fall, med undantag af att det periferiska cylinderepitellagret här ej å alla ställen var så tydligt framträdande. B. kunde konstatera sammanhang emellan munepitelet och svulstvegetationerna.

Han anger svulsten uppkomma, dels, såsom KOLACZEK antagit, genom proliferation från en embryonal körtelväfnad, dels från munepitelet, hvars proliferation antagit en körtelliknande struktur.

Från Pragerkliniken beskrifver BAYER<sup>1)</sup> (1884) 3 intressanta fall, för hvilka jag i korthet vill redogöra.

*Fall 1.* 33-årig kvinna.  $1\frac{1}{3}$  år hade hon haft svulsten, som hon först märkt efter utdragning af en lös kindtand, då en ansvallning uppstod, som 2 månader sedan raskt tilltog i storlek. Barnhufvudstor cystasvulst. I de bakre partierna mera solid väfnad. Snitt genom detta parti visa ytepitelet utskickande proliferationer i svulsten, hvilka proliferationer sedan cystöst degenerera. Bindväfven var rikligt vaskulariserad, rund- och spolcellrik.

Författaren anser detta vara en sarkomatös degeneration af bindväf. Han är böjd för att antaga KOLACZEK-BÜCHTEMANSKA teorien för orsaken till nybildningen.

*Fall 2.* 15-årig man. I högra underkähalfvan en citronstor svulst, som utvecklat sig  $\frac{3}{4}$  år. Svulsten solid, bestod af en lös massa, genomdragen af talrika benbalkar och därjämte inneslutande 2 tänder. Mikroskopiska undersökningen visade ett oregelbundet nät af smalare och bredare epitelsträngar, inlagrade i ett kärlikt bindväfsstroma.

Författaren anser, att genom de retenerade tandanlagen en retning till svulstvegetation uppstått, och han påpekar det intressanta uti, att svulsten ej blifvit cystös.

<sup>1)</sup> Prager Med. Wochenschrift. 1889.

*Fall 3.* 8 års flicka. Äpplestor svulst i högra horisontala underkäkgrenen, 2 månader gammal, utvecklade efter ett trauma. Slemhinnan intakt. Mikroskopiska undersökningen visade analogi med FALKSONS fall.

I England hade EVE<sup>1)</sup> (1883) meddelat en skildring af hit hörande tumörer, grundad på undersökning af 12 fall.

Mikroskopiska undersökningar af svulsterna visade, att de bestodo af epiteliala cellsträngar och cellalveoler. De yttre cellerna voro ofta cylindriska, de inre runda, stadda i kolloid degeneration. I somliga svulster var tendensen till degeneration af cellerna mindre, där förefans äfven cystabildningen föga utbredd. I en del fann han emaljorganliknande bildningar lika med dem som FALKSON och BRÜK beskrifvit.

Han betraktar alla dessa svulster såsom bildande en grupp, i hvilken de olika svulsterna erbjuda olikheter i strukturen på grund af den olika grad af utveckling, i hvilken de befinna sig. I likhet med BÜCHTEMANN anser han dem uppkomma genom en inväxning af munepitelet, därför att han i 3 fall funnit förlängningar ifrån munepitelet, som sammanhängdt med svulstväfnaden.

Svulsternas egendomliga struktur, som i den mest utbildade formen närmar sig emaljorganets, anser EVE bero på den speciela karakteren af det epitel, hvarifrån de härstamma. Liksom detta hos fostret växer ned i käken och utbildar sig till emaljorgan, så bibehåller det äfven hos de vuxna en tendens till att vid nedväxningen i käken differentieras till cellbildningar, som mer eller mindre sträfva att uppnå emaljorganets struktur.

Då dessa svulster utveckla sig hos unga personer tror EVE, att de nå en högre utvecklad struktur och äro benigna, under det att de, då de utvecklas vid högre ålder, till såväl sin anatomiska som kliniska karakter mera likna kancern.

EVE beskrifver dessutom ett sarkom från underkäken, i hvilket finnes inbäddadt i ett sarkomatöst stroma talrika cellsträngar och cellkolfvar, liknande dem, som funnos i de multilokulära kystomerna. HEATH lemmar en klinisk redogörelse för detta fall, hvilken jag på grund af dessa falls sällsynthet finner lämpligt i korthet anföra: 32 års man. För 11 år tillbaka hade en nötstor, hård svullnad uppstått i käken nedanför högra hörntanden efter föregående tandvärk, men utan att motsvarande

<sup>1)</sup> Britisch. Med. Journal, 1883.

tänder voro kariesade. Svulsten kvarstod nära oförändrad på samma ställe 5 å 6 år, men efter ett svårt slag, som träffade den, började den hastigt växa och uppnådde en enorm storlek, så att den till stor del hvilade på sternum. Pat. afled uågra dagar efter dess borttagande. Sektionen visade inga metastaser.

Ifrån Amerika meddelar BERNAYS<sup>1)</sup> 1885 ett kystom af samma struktur som FALKSONS, med därjämte kunde han konstatera omkring en del af cellalveolerna ett tydligt emaljager. Svulsten hade utvecklat sig smärtfritt i 2 år till en betydande tumör, som intog hela horisontala delen af underkäken.

Han anser denna svulst vara uppkommen genom anomala och heterotopiska proliferationer af emaljgrodden eller af återstoden af emaljorganet.

I Frankrike hade 1875 VERNEUIL<sup>2)</sup> med anledning af en kongenital, polycystisk tumör uttalat den förmodan, att en del af de i dylika tumörer förekommande epiteliäla bildningarna härstammade ifrån de epiteliäla proliferationer, som beledsagade tandutvecklingen. Påföljande år beskriver RECLUS<sup>3)</sup> under benämning »épithélioma terebrant» ifrån sinus maxillaris maligna svulstbildningar, hvilkas ursprung han härleder ifrån rotcystor, uppkomna utaf epitelrester från tandutvecklingen. 1883 generaliserar VERNEUIL<sup>4)</sup> denna uppfattning för de vanliga käkepiteliomen.

Sedan 1874 var MALASSEZ sysselsatt med efterforskningar, huruvida några af de epiteliäla proliferationerna vid tandutvecklingen kunde persistera, och hvuiken patologisk betydelse de kunde hafva.

1881 meddelar hans lärjunge CHARVOT<sup>5)</sup> för första gången MALASSEZ' uppfattning. Först 1884 och 1885 afslutas hans eget stora arbete. Det skulle blifva altför vidlyftigt att här fullständigt redogöra för det rika innehållet i detta arbete, utan måste jag nöja mig med att anföra de viktigaste slutresultaten, hvartill författaren kommit, hänvisande läsaren för öfrigt till originalarbetet.

I den första afdelningen af mitt arbete har jag redogjort för de af MALASSEZ funna paradentära epitelresternas anatomiska härledning. Här vill jag därför endast skildra författarens åsikt om

<sup>1)</sup> The medical Record, 1885.

<sup>2)</sup> Bull. de l'Acad. de med., 1875.

<sup>3)</sup> Progrès médicale, 1876.

<sup>4)</sup> Journal des conaiss. med., 1883.

<sup>5)</sup> Archivs gen. de med., 1881, t. 1.

deras patologiska betydelse särskildt som orsak till svulstbildning inom käken.

MALASSEZ har visat, att de i käken inneslutna cystorna, såväl de periostala, hvilka han benämner radikulo-dentära, som de folliculära och tandförande, äro beklädda å innerytan af ett epitel, och detta utvisande en speciel struktur, nämligen en omvandling af en del af cellerna till stjärnformiga celler. MALASSEZ visar vidare, att detta epitel ej kan härledas ifrån något annat än från de omkring tandroten befintliga epitelresterna.

Han upplyser därefter, att en del af dessa cystor kan vara prolifererande och gifva anledning till multilokulära kystom, samt att man i en del svulster finner dels färdigbildade cystor, dels andra, stadda i utveckling, och därjämte en solid epitelvätnad, som består af strängar och kolfvar, där cellerna i en del visa stjärnformig struktur. Då cystabildningen är öfvervägande, hänför MALASSEZ dessa svulster till multilokulära kystom. Han har själf noggrant undersökt ett hit hörande fall: en svulst af 8 cm. längd och 6 cm. höjd, som utvecklat sig under loppet af 23 år, i början långsamt, under de senaste åren hastigt, centralt i högra underkäken hos en 60 års man.

Vidare påpekar MALASSEZ, att i vissa fall proliferationen af de paradentära epitelresterna icke leda till cystabildning utan hufvudsakligen till solida epitelbildningar, i hvilka dock den stjärnformiga strukturen är igenkänbar. Dessa kunna uppträda i tandköttet, bildande då epulider med epiteliäla vegetationer eller centralt i käken, bildande intramaxillära epiteliomer. Dylika epulider omtalar han, att BIRKETT och EVE förut beskrifvit, och han redogör för 2 egna fall. Utaf det senare slaget svulster har han själf undersökt 1 fall: en mandarinstor svulst i underkäkens midtparti, som utvecklat sig under loppet af 2 år hos en 11 års gosse.

De paradentära epitelresterna kunna därjämte, i analogi med hvad han iakttagit hos fostret, utveckla sig efter plattepiteltypen och gifva anledning till verkliga plattepiteliom. Differentiera de sig ännu mindre och typen är mera embryonal, får man ett carcinomatöst epitelium. För dessa senare kategorier synes mig ej hans anförda fall vara tillräckligt bevisande.

Dessa epitelresters förhållande till odontomerna beskrifver MALASSEZ sålunda, att de icke gifva anledning till själfva odontomerna men väl till de epiteliäla proliferationer, man funnit i dessa.



Beträffande svulsternas recidiv, anser MALASSEZ, att de icke blott kunna uppkomma genom kvarlemnade rester ifrån den ursprungliga svulsten, utan äfven ifrån i grannskapet befintliga paradentära epitelrester.

MALASSEZ' uppfattning mötte ett kraftigt motstånd af MAGITÔT, hvarom de talrika diskussionerna i Soc. de Biologie bära vittne. Genom ALBARRANS<sup>1)</sup> arbete 1888 vann den emellertid ett kraftigt stöd. ALBARRAN sysselsätter sig nästan uteslutande med de cystösa bildningarna inom käken. Han bekräftar genom egna undersökningar MALASSEZ' åsikt om käkycystornas ursprung. Beträffande de prolifererande cystorna (multilokulära kystom), anser han dem uppkomma icke blott ifrån paradentära epitelrester, utan äfven från nedväxning af munepitelet, hvilket har den egenskapen, att dess celler kunna få en stjärnformig struktur i de förlängningar, det nedsänder i käken, hvilket han observerat i en epulid. ALBARRAN meddelar ett intressant fall af en svulst i öfverkäken hos en 63 års man. Svulsten började för 33 år sedan som en liten tandcysta, hvilken under loppet af 15 år 3 gånger inciderades, men återkom med större recidiv för hvarje gång. 5 år senare följde 3dje recidivet, som opererades genom exstirpation af tumören.

Alt gick väl under 18 år, men sedan började svulsten under 8 år på nytt utveckla sig, de sista 3 månaderna med stor hastighet. Patienten opererades genom resektion af käken. Svulsten var nästau fullständigt solid med talrika epitelialvegetationer, som dels mer visade en emaljorgansliknande, dels en mer plattepitelliknande struktur.

I Tyskland var ALLGAYER<sup>2)</sup> (1887) den förste som upptog MALASSEZ' åsikter. Han meddelar 2 fall från professor BRUNS' klinik; båda dessa härledde han ifrån de paradentära epitelresterna, det ena uppfattar han såsom ett malignt epitelialkarcinom, det andra såsom en benign svulst.

På kirurgkongressen 1890 beskref NASSE<sup>3)</sup> en svulst, som han betecknar såsom ett paradentärt, centralt adenokystom, hvilket så småningom hade utvecklat sig inom loppet af 10 år centralt i vänstra underkäken hos en 41 års kvinna. Svulsten visade samma byggnad som i FALKSONS fall, och författaren anser den hafva uppkommit genom proliferation af MALASSEZ' paradentära epitelrester.

<sup>1)</sup> Revue de Chirurgie, 1888.

<sup>2)</sup> Beiträge zur klin. Chirurgie, bd 2.

<sup>3)</sup> Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1890.



Samma år beskriver HILDEBRAND<sup>1)</sup> ett synnerligen intressant fall, som jag tillåter mig något vidlyftigare referera.

9 års gosse. För 1 år sedan började en ansvallning af vänstra ansiktshalfvan framträda. Vid inkomsten företedde han uppdrifning af såväl underkäken som båda öfverkäksbenen. Tandköttet var oregelbundet knöligt. I öfverkäken funnos 1 framtand, 1 hörntand, 1 kindtand, 4 rudimentära kindtänder, däraf de 2 belägna i hårda gommen nära alveolarranden. I underkäken funnos 4 framtänder, 2 hörntänder, 3 kindtänder. De flesta tänderna hade felaktig riktning. 12 tänder uppgåfvos hafva blifvit bortplockade från honom. Käkenet uppmejslades och visade sig innehålla dels fria tänder, såväl kind- som hörntänder, dels tandglomerat, som visade sig bestå af sammanvuxna tänder, dels en mjuk, gråhvit väfnad.

De ifrån käkens inre borttagna tänderna voro 30 till antalet, och rudimentärt utvecklade tänder jämte sådana, som funnos i tandglomeraten, uppskattades till 150 å 200.

1893 lmnade förf. förnyad redogörelse för detta fall. Efter 3 år återkom patienten och opererades ånyo, då omkring 150 tänder och en mjuk svulstmassa borttogos. Denna visade sig mikroskopiskt innehålla i utveckling stadda tandanlag jämte oregelbundna, ofta dentritiskt förgrenade epitelstråk.

Författaren anser denna svulstbildning uppkommen genom proliferationer ifrån tandgroddlisten.

1891 meddelade KRUSE<sup>2)</sup> 3 fall; det ena af dessa var ett kystom af det vanliga utseendet, de öfriga erbjödo större intresse, hvarför jag här refererar dem.

*Första fallet.* 21-årig man med en gåsäggstor, central tumör i högra underkäken, som börjat för 10 år sedan. Inom ett år blef den hönsäggstor, var sedan länge stationär och växte först sista året hastigare. Käken resecerades och befans innehålla en central, varfyld, hönsäggstor håla, omgifven af en gråröd, solid svulstväfnad. Denna visade sig bestå af dentritiskt förgrenade epitelsträngar och tappar af små, polygonala celler, hvilka i tapparnas yttersta del på somliga ställen differentierade sig till cylindriska celler. I epiteltapparna syntes äfven här och hvar smärre cystor. Dessa bildningar lågo inbäddade i ett kärlfattigt bindväfsstroma.

<sup>1)</sup> Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, bd 31, h. 3 o. 4.

<sup>2)</sup> Virchows Archiv, bd 124.

*Andra fallet* beträffade en 12-årig flicka. Svulsten, som in-  
tog högra underkäken, hade utvecklats sig till resp. 82, 58, 53  
cm. storlek. Den var omsluten af det blåsförmigt utspända un-  
derkäksbenet och innehöll i sin bakre, öfre del en cysta, öfriga  
delen utgjordes af en solid, mjuk, genomskinlig, grå svulstväf-  
nad. Mikroskopiska undersökningen visade liknande epitelbild-  
ningar som i föregående fall, fast med en högre utveckling. De  
flesta af epitelapparna voro beklädda med smala, långa cylin-  
derceller. Dessa inneslöto platta, oregelbundet formade epitel-  
celler. Därjämte förekommo i de större cellhalfvorna små, af  
en mucinartad omvandling af cellerna uppkomna cystor.

KRUSE uppfattar dessa 3 svulster såsom en sammanhängande  
serie af olika utvecklingstyper till det multilokulära kystomet, af  
hvilka hvar och en bibehållit en viss individuel karakter och  
därjämte företedde öfvergångsformer till de andra. Han anser dem  
uppkomna af de af MALASSEZ beskrifna paradentära epitelresterna.

1890 beskriver DERUJINSKY<sup>1)</sup> under benämningen epithelio-  
ma adamantinum ifrån vänstra underkäken en hönsäggstor svulst,  
som utvecklats sig sedan 4 år tillbaka hos en 25-årig flicka.  
Den var hufvudsakligen solid men innehöll därjämte några små  
cystor. Mikroskopiskt visade den sig innehålla smalare och bre-  
dare epitelsträngar, som visade de yttersta cell-lagren bestå af  
kubiska celler; därinnanför funnos platta och äfven stjärnformiga  
celler. Dessa bildningar lågo i ett cellrikt bindväfsstroma. Cysta-  
bildningen ansåg han hufvudsakligen hafva uppkommit genom en  
slemmig och hydropisk degeneration af bindväfven. Med tand-  
köttets epitel hade svulsten intet sammanhang. Författaren an-  
ser denna svulst härröra ifrån rester af emaljorganet.

I Frankrike har under de sista åren af AUDRY<sup>2)</sup> och PILLIET<sup>3)</sup>  
beskrifvits cystiska epithelomer från käken, och de ansluta sig  
fullständigt till MALASSEZ' uppfattning.

I England hafva BARKER<sup>4)</sup> och BOWLBY<sup>5)</sup> meddelat fall, som  
de tolkat i enlighet med EYE.

SUTTON<sup>6)</sup> har i sitt stora arbete om svulster utförligt be-  
handlat odontomerna. Han indelar dem i epitelial-odontom, som

<sup>1)</sup> Wien klin. Wochenschrift, 1890, n:r 40.

<sup>2)</sup> Soc. de Biologie, 1888.

<sup>3)</sup> Bulletin de la Soc. Anat., dec. 1892

<sup>4)</sup> British Med. Journal 1884, vol. 1.

<sup>5)</sup> The Lancet 1887, vol. 1.

<sup>6)</sup> Tumours. London, 1893.

hafva sitt ursprung ifrån emaljorganet — dem beskrifver han såsom multilokulära kystom — i odontom med ursprung från tandfollikeln och från tandpapillen och slutligen i sammansatta odontom, som utgå ifrån hela tandgrodden.

I Hygiea 1892 finnes af ÅKERMAN en öfverkäkstumör beskrifven, hvilken han tolkat såsom uppkommen af de MALASSEZ'ska parodontära epitelresterna, och hvilken han jämför med ett af KRUSES fall. Jag har satts i tillfälle att undersöka nämnda tumör, men fann i dess struktur ej ringaste stöd för en dylik uppfattning.

Likaledes har MASSIN<sup>1)</sup> nyligen beskrifvit en svulst under rubrik epithelioma adamantinum, men såväl beskrifning som bilden göra det mycket tvifvelaktigt, huruvida svulsten har detta ursprung.

Däremot har ett synnerligen intressant fall i år meddelats af CHIBRET.<sup>2)</sup> Den innehåller en noggrann patologisk skildring af ett fall, för hvilket POLAILLON,<sup>3)</sup> först lemnat en klinisk redogörelse. På grund af det stora intresse detta fall erbjuder, tillåter jag mig något utförligare redogöra för det samma.

53 års man, som för 5 $\frac{1}{2}$  år sedan märkte en ärtstor svullnad å högra underkäksgrenen. Under 1 års tid var denna stationär. Därefter fick han plötsligt en dag häftiga smärtor i denna käkgren, hvilka utstrålade i hela ansiktshalfvan och voro åtföljda af svårighet att tugga och svälja. Efter denna tid ökades svulsten alltjämt, så att den inom loppet af ett år var stor som en nöt. 1 år innan han inkom till sjukhuset hade den storleken af ett äpple och var därefter under 3 månaders tid säte för häftiga smärtor. På senaste tiden växte den än hastigare, så att den vid inkomsten till sjukhuset var stor som hufvudet på ett nyfödt barn. Under sista halfva året hade på tandköttet uppstått en papillomatös svulst, som patienten afref, hvarefter en ulceration kvarstod.

Tumören aflägsnades i oktober 1888 genom resektion af käkbenet. I maj 1891 var pat. fortfarande frisk utan recidiv.

Svulsten omgifves af en tunn benkapsel, består dels af en fastare väfnad, dels af en lösare, och är genomdragen af flere bensepiment; därjämte iakttogos några små, nötstora cystor.

Mikroskopiska undersökningen visar, att den består af ett mera fibröst eller cellrikt stroma, i hvilket talrika sträng- och kolfformiga epitelbildningar ligga inbäddade. Omkring de högst

<sup>1)</sup> Virchow's Archiv, 1894, bd. 136 s. 368

<sup>2)</sup> Archives de med. expér., 1894.

<sup>3)</sup> L'Union médicale, 1889

utvecklade epitelkolfvarna, med höga cylinderceller, fans ett lager af osteodentin och äfven, fast mera sällsynt, af emalj. Förf. påpekar, att till skillnad emot förloppet vid den fysiologiska dentinbildningen, hafva de dentinbildande bindväfscellerna ej bildat pallissadformiga grupper omkring cylinderkolfvarna.

CHIBRET ansluter sig till MALASSEZ' uppfattning beträffande tumörens uppkomst och påpekar dess intresse äfven för förklaring af odontomer.

De sista publikationer jag funnit äro ifrån Bonns kirurgiska klinik af BECKER<sup>1)</sup> och ifrån OLLIERS klinik i Lyon af NOVÉ-JOSSERAND<sup>2)</sup> och BÉRARD.

BECKER beskriver 2 fall af multilokulära kystom med den vanliga strukturen samt ett fall af centralt papillom, som utvecklat sig i en tandförande käkeysta, äfven denna svulst uppbyggd af liknande epitel.

Därjämte behandlar han utförligt det multilokulära kystomets klinik och behandling, hvartill jag senare återkommer.

De franska författarna åter hafva bearbetat de solida tumörerna, som bildas af de paradentära epitelresterna. Hit hänföras fall, beskrifna af MALASSEZ, NASSE, DERUJINSKY, KRUSE och CHIBRET, hvarjämte de själfva redogöra för 4 fall, af hvilka visserligen endast de 2 voro mikroskopiskt undersökta. Dessa båda fall visade en strnkstur af epitelcellkolfvar och strängar, uppbyggda antingen mer efter hudepiteltypen eller emaljorgans-typen, inbäddade i ett fibröst eller myxomatöst stroma.

I första fallet hade å vänstra käkvinkeln hos en 25-års kvinna uppstått en svullnad, som tillväxte långsamt i 3 $\frac{1}{2}$  år, förorsakade tandvärk och slutligen ledde till multipla abscessbildningar. Vid operationen fann man, att käkbenet inneslöt en lös svulstmassa och en retenerad tand. I andra fallet hade likaledes en svullnad af käkvinkeln uppstått, hvilken svullnad smärtfritt utvecklats sig under loppet af 4 år. Vid operationen fans en intraossös kavitet, utfylt af lös svulstmassa, som utskrapades.

Utaf de öfriga båda fallen förtjänar det ena särskildt omnämmande. Ett 10-års barn opererades för 15 år tillbaka för en svulst, som långsamt utvecklats sig i öfverkäken och utgjordes af en behåla, innehållande mjuk svulstmassa jämte flere tandrudiment. Patienten läktes, och efter 15 år, då han visade sig

1) Archiv für klinische Chirurgie, 1894, bd 57 h. 3 och 4.

2) Revue de Chirurgie, 1894, nr 6.

ånyo, syntes i operationsröret talrika rudimentära tänder, liknande rått-tänder.

Författaren anser de solida parodontära epiteliomen för godartade svulster, som ej visa benägenhet att recidivera och endast böra behandlas genom enkel utskrapning. Denna uppfattning är, som jag framdeles skall visa, oriktig.

### Egen Kasuistik.

**Fall 1.** Svulst uti vänstra öfverkäken från Hanna Persson från Lomma i Skåne, 13 månader gammal.

Några andra kliniska upplysningar har jag ej kunnat vinna, än att svulsten skulle observerats först 6 veckor före inkomsten till lasarettet i Lund. Den var då lika stor som nu. Patienten har alltid varit frisk och kry.

*Exstirpation* den 21/4 1876. Svulsten, som var belägen i vänstra sinus maxillaris, lär hafva varit nästan af sig själf utfallande.

*Makroskopiskt utseende.* Svulsten, nästan klotrund, af en dubbel valnöts storlek, är omgifven af en tunn bindväfscapsel, som på några ställen är lössliten. Dess yta är oregelbundet loberad. Färsk var den, enligt uppgift af professor Odenius, i snittet blekt hvitgrå, af körtelartadt utseende. På det härdade preparatet ter den sig spräcklig af gulgråa, oregelbundet slingriga strängar, inbäddade i en mera klar, homogen, gråaktig mellansubstans.

I öfrigt visar svulsten å ena ytan, antagligen den undre, en oregelbundet trekantig, ungefär 1-öre stor insänkning af 1,5 mm:s djup, omgifven af benhårda vallar, som förete ett finknottrigt utseende. På de flesta ställen äro dessa öfverdragna af en tunn membran. Vid genomsnitt visar sig denna väfnad oregelbundet fortsätta sig ett par cm. upp i svulsten. På sina ställen ter den sig som små, hamprösta hättor af ett tunt benskal, hvilka äro utfyllda af lös svulstväfnad, och mot hvilkas konvexitet den kringliggande väfnaden bildar ett lätt aflossbart membranöst hölje.

Jämte svulsten finnas 2 molarer utan rötter, den ena försedd med oregelbundna emaljafslagringar, hvilka tyckas tämligen väl passa in i den förut omnämnda insänkningen å undre ytan.

*Mikroskopisk undersökning.* Svulsten hade varit omsorgsfullt härdad, ena hälften i Müllers lösning, andra hälften i koncentrerad sprit. Utal den samma gjorde jag dels större, öfversiktliga snitt med frysmikrotom, dels inbäddade jag bitar i celloidin eller paraffin, hvilka senare sönderskuros i tunna seriesnitt. Snitten färgades med olika färgningsmedel såsom vesuvin, röd anilin, pikrokarmiu, Biondis lösning, hematoxylin eosin, safranin och orange. Af dessa gaf hematoxylin-eosinfärgningen de vackraste bilderna.

Liknande metodik har jag i allmänhet använt för alla tumörerna, med användande därjämte af de vanliga vägarna för specifika reaktioner.

De stora öfversiktspreparaten visade, att det spräckliga utseende, svulsten makroskopiskt företedde, berodde på talrika inlagringar af epitelvegetationer, motsvarande de förut omnämnda, gulgråa, oregelbundna slingringarna och en ytterst cellrik stödjesubstans, som motsvarade den homogena, klara väfnaden.

Kvantitativa förhållandet emellan de olika väfnaderna har jag uppskattat så, att epitelbildningarna ungefär utgöra en fjärdedel af själva svulsten.

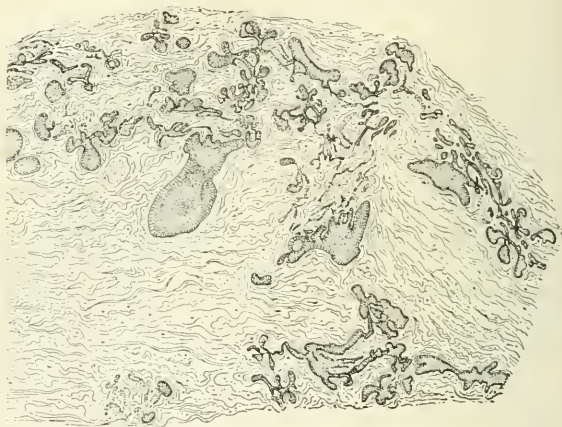


Bild 9.

Att beskrifva de olika och växlande formationer, som epitelbildningarna i svulsten visade, skulle dels blifva altför vidlyftigt, dels skulle de knappast kunna så naturtroget återgifvas, som man möter dem i bilderna. Jag hänvisar därför till närstående teckning och till bild 1 taflan 2, som torde gifva läsaren en vida klarare inblick häröfver.

En granskning af talrika så väl större öfversiktsnitt som seriesnitt har gifvit mig följande uppfattning om dessa epitelvegetationers bildning och struktur.

Enklaste formen utgöres af strängar af 2 till 4 lager tätt hoppackade, polygonala epitelleller. Från dessa utgå transversala proliferationer, hvilka i topparna ansvälla kolförmigt, samtidigt med att cellerna här differentieras till vackra cylinderceller. Till strukturen likna dessa

epitelvegetationer fullständigt de epitelproliferationer ifrån groddlisten, dem jag afbildat å bild 6 (sid. 16).

Från dessa sidoutsnitt kunna sedan sekundära, talrika proliferationer utgå, hvilka åter igen kunna skicka sidogrenar, så att vi få en vacker dendritisk förgrening med oftast kolförmigt ansvalda ändgrenar. Dessa kolförmiga ansvallningar undergå sedan vidare förändringar (se bild 10). Genom cellförökning antaga de allt större och större dimensioner, hvarjämte det randstående lagret bildar längre cylinderceller. Äfven de innersta

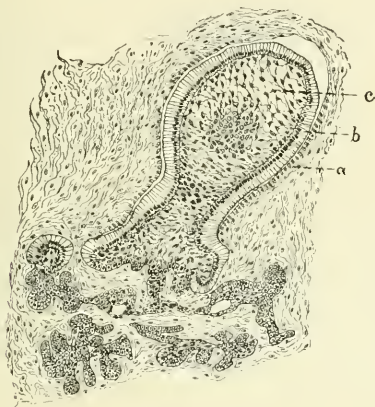


Bild 10.

*a* dentinbildande celler, *b* emaljbildande celler, *c* emaljpulpan.

cellerna, som ursprungligen utgjorts af polygonala celler, börja att differentiera sig, de blifva dels större, dels visa de ett taggigt utseende af talrika förbindningsgrenar med de angränsande cellerna. Samtidigt med att cellkropparna reduceras, tilltaga dessa i mäktighet, så att cellerna blifva stjärnformiga och i det inre af cellkolfven erbjuda utscendet af ett nätverk, i hvilket cellkärnarna ligga i knutpunkterna. Dessa celler öfverensstämma fullständigt med de stjärnformiga cellerna i det normala emaljorganet. Denna omvandling till stjärnformiga celler bildas dock ej af alla inom randlagret befintliga celler. De yttersta bilda några lager af celler med kortare utlöpare, delvis långsträckt anordnade, transverselt mot de cylindriska cellerna. De förbinda sig genom sina utlöpare så väl med dessa som sinsemellan och med det angränsande lagret stjärnformiga celler. Dessa celler motsvara det intermediära lagrets celler hos emaljorganet.



En del af dessa kolfvar hafva under sin utveckling bibehållit sin runda form, andra åter hafva betydligt utvecklats i längdriktning, andra i tvärriktning, under det å en del oregelbundna, låga, kullriga utbuktningar framträda med ett mullbärslika utseende.

Utom dessa former kunna dessa bildningar äfven antaga andra mera oregelbundna gestalter, men de förut beskrifna torde vara de allmännaste.

En annan utvecklingsform, som jag funnit i denna tumör, och hvaraf jag afbildat ett stadium i bild 1 tafl. 2, tror jag dock kan vara af intresse att äfven med några ord redogöra för.

Utaf de ursprungliga cellsträngarna utveckla sig celler i det ena randlagret i stor utsträckning till cylindriska. Detta lager tilltager därefter i mäktighet, samtidigt med att de närmast under liggande cellerna differentieras till celler af det utseende jag förut skildrat i det inre af kolfvarna.

Det motsatta lagret däremot utskickar talrika, fina grenar, som sinsemellan ofta förbinda sig till ett oregelbundet nätverk af cellsträngar, bestående af polygonala celler. Utaf dessa ändgrenar visar en och annan en kolfformig ansvällning med lika utseende som den förut beskrifna.

Väfnaden emellan de här skildrade epitelbildningarna utgöres af stora, greniga hinnceller med en i allmänhet stor, kromatinrik kärne, oftast belägen centralt i cellen, och en hinneaktigt utspänd protoplasma af nästan homogent utseende, som åt alla riktningar i periferien grenar sig i ofta betydligt långa utsprång. Dessa celler ligga inbäddade i en homogen, icke fibrillär mellansubstans, i hvilken man ser en fin punkt- och trådformig teckning. Denna torde till största delen bero på, att cellernas utlöpare i olika riktningar träffats af suittet.

Därjämte synas talrika kärl, som ofta omgifvas af ett cellrikt perivaskulärt hölje. Cellerna i detta äro mindre med mera kornig protoplasma och tätare lagrade. Hinncellerna ligga i allmänhet tätare, närmast intill de epiteliala bildningarna. Omkring de epitelkolfvar, som nått den förut skildrade utvecklingen af ett centralt nät af stjärnformiga celler och ett randlager af högt cylinderepitel, ser man bindväfscellerna liggande i en tät, palissadformig rand rundt omkring cylinderepitelet. De hafva här antagit den karakteristiska typen af odontoblast. Emellan dessa båda cell-lager ser man sedan ytterst ett lager af dentin, och innanför detta ett mindre mäktigt lager af emalj. Se bild 2 tafla 2 och bild 1 tafla 4.

Beträffande det stadium, då dessa bildningar börja visa sig, så har jag ej sett dem uppträda, förr än cellerna i emaljorganen visa fullständig stjärnstruktur och det yttre epitelet utgjorts af höga cylinderceller med kärnen belägen i den basala delen. Dentinlagret är alltid mäktigare än emaljlagret samt sträcker sig längre ned å epitelorganet än den förra. Ingenstädes i preparaten synes dentinen fritt aflagrad i bindväfven.

Af intresse kan dessutom vara att anmärka, att närmast omkring en del af epitelbildningarna, särskildt de som utgå från basen af de större kolfvar, som visa börjande emaljafslagring, den homogena mellansubstansen tyckes hafva smält ner till en klar vätska.



Den förnt omtalade, behårda väfnaden och de små behåttorna visa sig vid undersökning utgöras af förkalkad emalj och dentin, och här liksom i de öfriga delarna af svulsten bildar dentinen det yttersta lagret i motsats till förhållandet hos den vanliga tanden.

I bild 2 tafl. 2 har jag låtit afteckna en bild, som synnerligen instruktif ger oss en klar blick af strukturen från ett af de »emaljorgan» med redan utbildade dentin och emaljager, som så talrikt förekomma i svulsten. Bild 1 tafl. 4 visar från samma emaljorgan vid högre förstoring byggnaden af odontoplasterna och emaljcellerna jämte det aflagrade dentinet och emaljen.

**Fall 2.** Strykerskan Anna H. 34 år från Stockholm.

Sjukhistoria meddelad från Sabbatsbergs sjukhus.

»Sedan flere år har patienten på tandkötet af vänstra underkäshalvnan haft en hasselnötstor knöl, uppkommen, som hon tror, efter extraktion af 1:a och 2:a molaren härstädes år 1886.<sup>1)</sup> Först på eftersommaren 1891 började denna knöl tillväxa enornt, blifva öm och värkande. Möjligen har värken uppkommit efter upprepade stötar under sommaren. Sedan september en förfärlig stank ur munnen, beroende på ulceration af och varflytning från tumören. Stundom blödning. Sista tiden har värken varit mycket svår med subjektiv feberkänsla. Svulstens tillväxt i omfång nedåt och inåt submaxillarregionen under sista 14 dagarna i ögonen fallande. Omöjligt att tugga på vänstra sidan.

*Status præsens.* En ungefär knytnäfvstor nybildning, som intager hela vänstra hälften af underkäken ända upp till okbågen. Huden däröfver något rodnad, starkare vid värk. Betydlig rodnad af tandkötet öfver hela vänstra sidan af underkäken samt dessutom till 2:dra högra framtanden. Tandkötet ansvaldt och uppluckradt i synnerhet på platsen för de 2 första, bortfallna molarerna, från hvilkas alveoler ur stora hålur ett grågult, stinkande varsekret afsöndras. Tumören synes liksom hafva trängt premolarerna längre inåt i munnen, i det dessa sitta med sina tuggytur riktade mer eller mindre vertikalt inåt.

Tumören ganska fast, bitvis nästan behård, synes hafva utgått från själfva underkäksbenet liksom genom en kontinuerlig tillväxt i tjocklek. Den ömmar något, i synnerhet på midten af ramus horizontalis, hvarest ett starkt ömmande ställe finnes, eftergiftigt vid tryck, hvarvid äfven rikligt var framkommer. Vänstra submaxillarregionen, dit tumören äfven utbredd sig, kännes fast. I munhålan kännes främre partiet af tumören fast, det bakre luckrare. Huden däröfver ganska spänd och varmare.

Vänstra kinden mäter från angulus mandibulæ till midten af mentum 15 cm., från lobulus af örat till spina nasal. ant. 13,5 cm. Högra kinden resp. 11 å 12 cm.

Inga svålda körtlar. Inga metastaser. Från öfriga organ intet af vikt. Inkom den <sup>16</sup>/<sub>11</sub> 1891. Vänstra käkhalfvan exartikulerades ifrån 1:a högra framtanden. <sup>14</sup>/<sub>12</sub> utskrefs patienten läkt.»

<sup>1)</sup> Enligt uppgift af henne själf skall hon sedan ungefär <sup>1</sup>/<sub>2</sub> år förnt hafva märkt en svullnad af själfva käken nedanför dessa tänder.

I april 1894 uppsökte jag patienten och kunde då konstatera, att intet reeidiv var synligt. Den högra käkhalfvan hade förflyttats något inåt, så att tänderna i de båda käkarna ej fullt motsvarade hvarandra. Som hon ej hade skaffat sig någon som häst käkprotes, var tuggningen för henne ganska besvärlig. Talet var ganska obehindradt. Trots den tämligen betydliga insänkningen af vänstra kinden efter det borttagna käkbenet var ej ansiktet vidare vanständt. Hon var själf nöjd med sitt tillstånd.

*Makroskopisk undersökning.* Preparatet visar hela vänstra underkäkshalfvan uppdrifven till en nära knytufvestor tumör. Den sträcker sig ifrån första framtanden längs hela underkäkens horisontala del och fortsätter sig sedan i uppstigande käkgrenen, slutande ungefär 1 cm. nedom halfnånförmiga incisuren, lemnande processus coronoideus och processus condyloideus med hals intakta.

Tumören mäter i längd ungefär 11 cm., i bredd  $5\frac{1}{2}$  cm., i höjd 5 cm. Särskildt den yttre skifvan af käkbenet är betydligt utspänd till en tunn benlamell, som på sina ställen är ersatt af en fibrös väfnad. Vid tryck vid själfva underkäksvinkeln kan man framkalla pergamentknitter. Ofvanför kännes svulstväggen fast, beuhård, och framför den samma längs hela den horisontala käkgrenen får man intryck af en hård, solid och fast svulst. Hela den yttre delen af käken bildar en kullrig, tämligen jämn, betydlig utbuktning. Processus alveolaris visar följande tänder: 2 framtänder, 1 hörutand, 2 premolarer, hvaraf den sista är tämligen starkt förskjuten i riktning inåt. Endast dess 3:e molar finnes kvar, belägen på ett afstånd af 2 cm. ifrån den sista premolaren. I trakten emellan dessa båda tänder samt i omgifningen utåt af ungefär 1 cm:s periferi visar sig tandköttet sönderklyftadt med större och mindre vårtformiga exkrescenser, hvaraf en del höja sig tuppkamformigt ända till nivån af tändernas spetsar. I öfrigt visar tandköttet inga förändringar.

Käkbenets inre yta visar endast en obetydlig uppdrifning af benet i trakten strax nedom underkäksvinkeln. Å mellersta delen är benväfnaden ersatt af en tämligen tjock, fibrös kapsel.

Vid genomskäring af svulsten visar sig en central håla, sträckande sig ifrån öfre delen af uppstigande käkgrenen igenom hela underkäkshalfvan ända till trakten under framtänderna. Den är rymligast i sin bakre del, där den är ungefär af en valnöts storlek. I sin öfriga del är denna håla genom talrika inskjutande åsar och papillomatösa vegetationer afdelad i oregelbundna utbuktningar. Dess inneryta visar öfveralt större och mindre vårtformiga exkrescenser. I de bakre delarna är den mera glatt och jämn; i de främre företer den ett mera trasigt, sönderfallande utseende.

Själfva den yttre väggen består ytterst af en benkapsel, som är tjockast i de bakre och öfre partierna af svulsten. Å de främre och öfre partierna bildar den en benhinna af 1 å 2 mm:s tjocklek. På sina ställen är denna ersatt af en fibrös väfnad. Här och hvar utskickar den bensepiment in i svulstväggen, som utgå med en bred bas och så småningom afsmalna i en skarp spets. Intill denna fibrösa benkapsel finnes en till utscendet tämligen homogen, solid svulstväfnad,

hvars ursprungliga färg på det i Müllers lösning härdade preparatet ej kan bestämmas. Å de främre, öfre partierna bildar denna väfnad ett mäktigt lager af 2 till 3 em:s tjocklek. I de öfre, bakre är den däremot redneerad till ett lager af några mm:s tjocklek. Innerväggen visar ett tjockt lager af samma svulstväfnad. Här har, såsom förut anmärkts, den inre beulammen ej vidare utbuktats.

Snitt genom den förut skildrade papillomatöst förändrade delen af tandköttet visar en solid svulst af samma utseende som den förut beskrifna.

På insidan af käken ligga några nötstora, förstörade lymfkörtlar, jämte glandula submaxillaris, som äfven är ansväld.

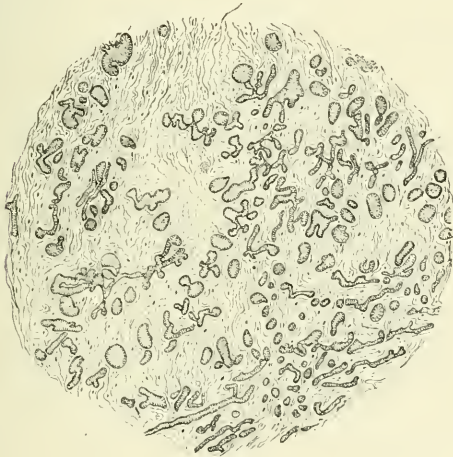


Bild 11.

*Mikroskopisk beskrifning.* Snitt ifrån den kompakta svulstmassan närmast intill yttre svulstkapseln visa ett cellrikt stroma, i hvilket ligga inbäddade talrika, oregelbundet greniga epitelsträngar. Stromat utgöres af stora, tämligen tätt liggande, greniga hinneceller, inbäddade i en homogen mellansubstans. Därjämte innehåller det fämligen talrikt med gröfre och finare kärl.

Epitelvegetationerna framträda i preparaten än som långsgående strängar, ifrån hvilka på kortare eller längre afstånd sidogrenar utskjuta, än ser man vackra dentritiska förgreningar, hvars yttersta delar ansväld till ovala, runda kolfvar, så att det hela får ett drufklasliknande utseende, än bilda dessa strängar ett glest nätverk med talrika sidout-

skott. Därjämte synas tvärskurva dels strängar, dels kolfvar. Omkring de större, runda epitelkolfvarna äro bindväfscellema ofta lagrade till koncentriska skidor.

Bild 11 (se föreg. sida) lemna en öfverblick af epitelvegetationerna i denna svulst. Bild 4 tafl. 4 återgifver den finare strukturen af en af de mindre, knoppformiga epitelproliferationerna jämte omgifvande stödjefväfnad.

Det hela företer ett karakteristiskt, typiskt utseende, fullständigt öfverensstämmande med det i föregående svulst skildrade, med undantag däraf, att de perifer, knoppformiga ansvallningarna här ej nå fullt den differentiering som i föregående fall.

Den finare strukturen af epitelproliferationerna är alldeles analog med den i föregående fall, med undantag däraf, att bildningen tyckes stanna på ett tidigare utvecklingsstadium. Vi få i de längst framskridna bildningarna det typiska utseendet af det höga, palissadformiga, yttre epitelet med kärnen belägen i den basala delen af cellen. Vi få cellerna, som inneslutas af detta epitel, stadda i börjande omvandling till stjärnformiga celler utan att dock någonstädes fullständigt hafva ombildats till sådana. Likaledes visar ej stromat någon lagring af dentinbildande bindväfsceller omkring epitelkolfvarna, hvarför ej håller någon emalj eller dentinaafgring förekommer i denna svulst.

Endast på några få ställen kan man se en antydning till börjad dentin och emaljaflagring.

I några större cellkolfvar med synnerligen höga cylinderceller har jag sett i de perifer ändarna af cellerna aflagringar af små, fina, oljliga droppar, som sammanflutit till ett homogent, starkt ljusbrytande lager. Omkring dessa kolfvar fans i bindväfven närmast utanför cellerna ett homogent cellfritt lager, i hvilket de omgifvande talrika bindväfscellerna radiärt sände sina utlöpare. Denna bild har jag uppfattat som en ansats till bildning af emalj och dentin.

Svulsten är utåt omgifven af en bindväfskapsel, bestående af fast, fibrös bindväf med här och hvar inlagringar af tunna benskållor. I denna kapsel kan man se epitelvegetationerna växa in emellan bindväfsbuntarna som långa, smala strängar parallelt med dessa. Därefter iakttagas man, huru omkring dessa epitelsträngar bindväfven blir mera cellrik. De kollagena bindväfsfibrillerna smälta ner, och en väfnad af stora, ofta greniga hinn- och spol-celler bildas.

Från öfriga delar af svulsten visa snitten samma utseende, som jag nu beskrifvit. Beträffande det kvantitativa förhållandet mellan epitelvegetationerna och bindväfven, så intaga epitelbildningarna här större andel i svulsten än i den förut beskrifna. De utgöra ungefär  $\frac{1}{3}$  af svulsten. Inga cystabildningar iakttagas i väfnaden.

Af särskildt intresse torde vara att se, huru svulsten förhåller sig till gingivan och dess epitel. Från det intakta munepitelet synes ej några förlängningar, som sammanhänga med svulstväfnaden. Någon svulstinfiltration iakttagas ej håller på den lingvala gingivalsidan.

Beträffande åter den papillomatösa svulsten på utsidan af tandköttet, så utgöres denna af typisk svulstväfnad. De epitelceller, som bekläda de papillära utväxterna, likna svulstcellerna, ibland med någon förändring till den rete-malpigiska typen. Å en del papiller saknas

de, och där är svulstvåfnaden ofta rikligt vaskulariserad och rundeellinfiltrerad, å en del andra papiller äro cellerna starkt uppsvällda med degenererade kärnar.

Den stora centrala hålighetens väggar synas äfven bildade af svulstvåfnad med det vanliga utseendet. Här och hvar ser man dock rikligt vaskulariserade och rundeellinfiltrerade partier liksom i gingivan.

Lymfkörtlarna visa ingen svulstdegeneration ej heller glandula submaxillaris.

### Fall 3. Handlanden S. J. A. från Hvetlanda, 56 år.

Sjukhistorien hemtag från Serafimerlasarettets sjukjournaler och uppsatt af dåvarande med. kand. Carl Hammarberg.

Kancer har ej förekommit i patientens släkt. Han förnekar lues. Har ej varit utsatt för trauma å underkäken. Ingen oregelbundenhet i tändernas utveckling. Han har haft friska tänder till våren 1888, då de två bakre vänstra molarerna i underkäken blefvo karieserade och började värka. Ungefär vid denna tid märkte pat. en ungefär hasselnötstor, behård, ej ömmande tumör på underkäkens utsida i nivå med de karieserade tänderna. Rådfrågad läkare extraherade dessa båda tänder jämte motsvarande i öfverkäken, hvarefter värken upphörde. Tumören fortsatte nu att växa framåt, utfyllande bucca, samt äfven uppåt och inåt. Någon uppdrifning å utsidan af kinden märktes något efter det tumören först observerats, och uppträdde till en början något framom käkvinkeln. Den har sedan så småningom sträckt sig uppåt och framåt. Huden öfver den samma har ej varit förändrad förr än omkring julen 1890, då han började använda en salva (s. k. brännsalva), som drog håll på tumören. Ur såret utkom, enligt hans uppgifter, en ringa mängd var. Såret höls öppet genom att ungefär hvar 3:e vecka använda omnämnda salva. Pat. uppger, att, då han tuggade, en klar vätska droppvis framsipprade ur såret. Tumören tillväxte så småningom alitera, så att den på sista tiden försakat en viss svårighet vid tuggningen. Någon raskare tillväxt på sista tiden har ej observerats. Tumören har aldrig värkt eller ömmat. Näsan har ej varit täpt, ingen abnorm flytning ur den samma. — Pat. har på sista tiden känt sig torr i munnen, i synnerhet å vänster sida. — Han har ej observerat någon kraftnedsättning, men tror att han magrat något på sista tiden.

*Status præsens d. 4/5 91.*

Temp. afebril. Puls 70. Pat. har en stark och kraftig kroppsbyggnad med godt hull och kraftig muskulatur. Aptit, afföring, urinering normala. Sömn god. Från inre organen intet att anmärka.

Vänstra kinden intages af en stark uppdrifning, som uppåt har en tydligt markerad gräns, gående från tragus till undre orbitalranden; gränsen bakåt sammanfaller med bakre randen af ramus ascendens ossis inframaxillaris; nedåt begränsas uppdrifningen af en linie från angulus mandibulæ till vänstra munvinkeln; framåt sammanfaller gränsen ungefär med nasolabialvecket. Huden å uppdrifningen är diffust rodnad. I midten af svulsten finnes ett litet, krustabelagdt sår och något ofvanför det samma ett ärr efter i anamnesen omnämndt sår. Huden är rundt kring ärrret fast förenad med underliggande väfnad, men för öfrigt för-

skjutbar öfver hela svulsten, å bakre delen dock något mindre. Vid palpation af svulsten kännes en framifrån bakåt tilltagande fasthet, så att den längst bakåt kännes nästan behård. Tumörens yt. kännes något ojämn. Bakre randen af ramus ascendens ossis infraia. kännes uppdrifven och öfvergår i svulsten; angulus mandibulae är förtjockad jämte bakersta delen af margo inferior af underkåken, som i sina främre delar kännes normal. Västra näshalvan och närliggande parti under orbitalranden något svullna. Orbitalranden kännes fri.

Vid undersökning från munnen befinnes bakre delen af mellanrummet mellan bucca och alveolarprocessen å vänstra sidan utfyllt af en behård, jämn tumör, som med sin främre, kullriga yta skjuter fram till 1. molaren. De bakre molarerna i öfver- och underkåken saknas. Tumören tyckes ej i sin främre del hafva något sammanhang med processus alveolaris, utan en sond kan mellan dem inskjutas något mer än 1 cm. Tumörens inre yta, som når till inre randen af proc. alveol. i öfver- och underkåken, kan palperas bakåt till ramus ascendens, som kännes uppdrifven och i hvilken tumören tyckes öfvergå. Uppåt går tumören utanför öfverkåkens proc. alveolaris, som visar en mot tumören svarande fördjupning. Tumörens öfre del tyckes hvila i fördjupningen nedom fossa canina. Den är ingenstädes förenad med öfverkåken utan rör sig med underkåken. Slemhinnan öfver tumören är ej förändrad. Introitus pharyngis inskränkt åt vänster i följd af ansvällningen af ramus ascend. ossis. maxillaris. Från ögat och näsan intet att anmärka. Ingen facial pares. En körtel å halsen något ansvald, ömmar ej för tryck.

*Operation under kloroformnarkos den 5/4 91.*

Hudsnitt utefter underkäksranden från angulus mandibulae till några cm. vänster om hakans midt. Sedan underkåkens rand blottats och delvis fripreparerats, lades vinkelrätt mot första snittet från dess främre ände ett nytt snitt till vänstra munvinkeln, hvarvid slemhinnan genomskars och benet genomsågades. Tumören, som befans vara loberad och väl begränsad och sammanhängande med underkåken, blottades. Sedan fästena för mm. pterygoid. int. och temporalis genomskurits, brast proc. condyloideus några cm. nedom ledhufvudet vid försök att luxera underkäksbenet. Sedan underkäksbenet med tumören uttagits och blödning stillats, uttogs ledhufvudet ur pannan, sedan resten af m. pterygoid. ext. genomskurits. Arteria maxill. int. underbands förut. Ur sårets botten, från djupet af fossa sphenopalatina, rätt stark venös blödning, som stillades genom tamponad med jodoformgas. Munslemhinnan bopsyddes, hvarefter djupa och ytliga suturer lades genom betäckningarna. Bakersta delen af såret utefter underkäksranden lemnades öppen för dränering. Den ofvan nämnda körteln å halsen, som vid operationens början genomskars, befans vara frisk.»

Enligt uppgift från patientens läkare, april 1894, var han då fullt frisk utan recidiv.

*Makroskopiskt utseende.* Preparatet utgöres af en nästan knytnäfstor, oregelbundet loberad svulst, som intager bakre delen af vänstra underkåken. Den mäter i längd 9 cm., i höjd 8 cm., i bredd 5 cm. Utaf själfva underkåken synas endast bakersta delen af den undre kanten af horisontala grenen och bakersta randen af den uppstigande käk-

grenen intakta. Själva käkbenet visar sig i öfrigt blåsformigt uppdrifvet, bildande ett tunt benskal, som på flere ställen är ersatt af en fast, fibrös membran omkring svulstmassan

Inför den öfre delen af svulsten har ett större lobaradt parti af densamma växt ned på insidan af käken, omgifvet af en tunn, fibrös kapsel. Efter upplyftandet af svulstmassan från käkbenet ser man å detsamma grunda oregelbundna utgröfningar. Därjämte ser man, att svulstmassan, omgifven af en tunn bindväf, äfven skjuta sig in i m. masseters muskelbundtar.

Svulsten visar i snittet ett tämligen homogent, grågelatinöst utseende. Äfven i snittytan ser man en lobulär anordning.

*Mikroskopiskt utseende.* Snitten från olika partier af denna svulst visa ungefär samma utseende. I öfersiktspreparat ser man oregel-

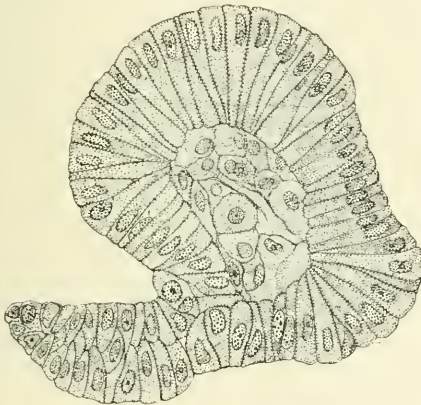


Bild 12.

bundet greniga, anastomoserande, solida epitelsträngar, som slingra sig masklikt i olika riktningar omkring hvarandra. Ofta ligga de så tätt intill hvarandra, att knapt någon mellansubstans synes, å andra ställen skilja bindväfsstråk med däri inlagrade kärl dem ifrån hvarandra. Emellan de olika grupperna, som med talrika epitelsträngar förbindas med hvarandra, synas större partier af en fibrös bindväf. Cellsträngarnas fria ändar synas ofta kolförmigt förtjockade, dock utan att nå den utveckling, som vi funnit i de ofvan beskrifna tumörerna.

Strukturen af dessa epitelsträngar visar följande. De sivala strängarna bestå vanligen af 3 till 4 lager ytterst små, tätt hoppackade, polygonala celler med en endast obetydlig protoplasma-söma omkring kärnarna. De



öfverensstämma fullständigt med cellerna i de parodontära epitelresterna till storlek och utseende. Den fria änden på dessa strängar visar de yttersta cellerna differentierade till smala cylinderceller.

De gröfre strängarna visa de yttre cellerna bestående af tämligen små, smala, tätt hoppressade cylinderceller, innanför hvilka ligga några lager af mera polygonala celler, oftast transverselt ställda mot de andra och något utsträckta i denna riktning. Här och hvar visa dessa strängar ntbuktningar med liknande struktur. De kolförmiga ändansvällningarna synas på en del ställen hafva bildat större cellkolfvar, dock oftast ej med så regelbunden rund form, ej håller så stora som i de föregående fallen. Strukturen af dessa utgöres ytterst af smala, tämligen höga cylinderceller, närmast innanför dessa af oftast transversela, långsträckt celler och innanför dessa åter igen af polygonala celler, något större än de förut beskrifna, men så tätt lagrade, att någon grenighet hos dem ej kan med säkerhet iakttagas. Bild 12 (föreg. sida) visar strukturen af en cellkolf med tillhörande stjälk från denna svulst. Ibland uppträda i dessa kolfvar små typiska epitelpärlor. Bindväfven emellan dessa epitelvegetationer har i allmänhet en tämligen lös, fibrillär struktur. I de perifera svulstpartierna har den ofta ett mera myxomatöst utseende.

Till den omgifvande fibrösa bindväfscapseln förhåller sig svulsten så, att den ofta är skarpt begränsad mot den samma, men här och hvar synas smala epitelsträngar vegetera in i kapselväggen parallelt med bindväfsstråken.

#### Fall 4. Hustru C. H. från Skåne. 60 år.

Sjukdomsberättelse (efter anteckningar af professor Odenius år 1883).

För ett och ett halft år sedan märkte patienten vid högra underkäsvinkeln en svulst stor som en nöt, hvilken hon trodde vara en ansväld körtel. Svulsten växte sedan helt obetydligt ända till början af juli 1883, då på en gång utan känd anledning tillväxten gick hastigt. Svulsten är nu stor som en knuten hand och intager underkäksbenet från hörntanden till mandibularleden på högra sidan. Huden frisk, förskjutbar. Inåt munhålan har frivilligt utgjutit sig tvänne gånger en större kvantitet tunn, blodblandad, illaluktande vätska.»

<sup>24</sup> 9 resektion af högra käkhalfvan.

Patienten utskrefs läkt.

*Makroskopiskt utseende af svulsten.* Svulsten tyckes ungefär vara väl ank-äggstor och utgöras af den till en blåsa med mycket tunna benväggar utspända högra underkäkshalfvan ända upp till ledknappen. Denna blåsa är nu i stycken, hvilka äro mer eller mindre hoptryckta och därför icke noggrant kunna hopfogas. Blåsans tunna benvägg, som endast å få ställen saknar beninlagring, bär å sin yttre yta spår efter muskelfästen. Inre ytan tyckes beklädd af en membran, som ej intimt sammanhänger med underliggande fibrösa väfnad. Den är här och hvar belagd med större och mindre anhopningar af en gulbrun, tämligen lös detritusmassa. Enligt professor Odenius' uppgift skulle å det färska preparatet ej synts några vidare spår till purulens. Själva cystan synes genom en ungefär 2 mm. tjock skiljevägg ofullständigt afdelad i 2 rum: ett öfre mindre och ett undre större, hvilka genom en oval, stor öppning



i skiljeväggen stå i vidlyttig förbindelse med hvarandra. Den enda del af käken, som är bibehållen, är *proc. condyloideus* med hals. Å nedre ytan af cystan finnes ett något tjockare benlager, antagligen rest af *corpus*' nedre kant. Smärre, grunda benåsar synas här och hvar utgå från den samma i transversel riktning. Svulstväfnad i samlad massa påträffas hufvudsakligen upp mot halsen och i sidovidfästningarna af sidoväggen. Den visar sig i snittet spräcklig af gulgråa, körtelliknande, lösare inlagringar i en gråhvit, fast väfnad. Fina sprickrum och cystor af till en ärtas storlek framtråda äfven. De senare fyllda af en tjock, gulaktig detritusmassa.

*Mikroskopisk undersökning.* Epitelformationerna i denna svulst visa i allmänhet (se nedan stående bild) en något olika typ gentemot de föregående svulsterna. De bestå, dels utaf stora oregelbundna massor af tätt packade epitelceller, dels af epitelsträngar, som man ser ligga än som



Bild 13.

smala, långsträckta rör, än ser man dessa strängar bilda ett tätt nätverk, från hvilket oregelbundna utskott afgå. Därjämte framtråda här och hvar, ofta ej så regelbundet runda utan mera oregelbundet gestaltade cellalveoler, i hvilkas midt man ser en stjärnformig struktur af cellerna. Beträffande den finare strukturen af alla dessa bildningar, vill jag först skildra cellsträngarna. Å en del snitt kan man finna sådana, som hafva ungefär samma utseende, som de jag skildrat i föregående fall, nämligen bildade af små, tätt hoppackade, polygonala epitelceller. Men oftast hafva de en struktur, fullkomligt öfverensstämmande med den jag låtit afbilda å tafla I, bild 1, som naturtroget återgifver en del af groddlisten från ett 7 månaders foster. Vi se här, att den vid lägre förstoring skenbara tubulära formen af dessa bildningar ej motsvarar det verkliga förhållandet, då vi finna, att rummet mellan de kubiska eller ofta lågt cylindriska randcellerna på sina ställen är utfyllt af transverselt mot dessa ställda lång-

sträckta epiteceller, som med sina protoplasma-utlöpare anastomosera. Därjämte synas på sina ställen äfven de perifera cellerna förbinda sig sinsemellan med smalare eller bredare protoplasmabryggor. I de gröfre cellsträngarna har det yttre epitelet utbildats till tydligare cylinderepitel, hvarjämte de innanför liggande cellerna ofta bilda flere lager, sinsemellan anastomoserande och af den struktur, jag förut skildrat, motsvarande cellerna i det intermediära lagret af emaljorganet. Här och hvar i de större cellsträngarna kan man se det inre lagret celler visa stjärnformig struktur.

De alveolära bildningarna i svulsten härleda sig ifrån knoppformiga proliferationer från strängarna, i analogi med hvad jag förut beskrifvit. Deras byggnad består af ett randlager cylinderceller med centralt eller mera basalt belägen kärne och fingranulerad protoplasma. Ingenstädes nå dessa celler den utveckling eller storlek, som i de båda första svulsterna. Inom denna cylindercellram ligga mer eller mindre rikliga anhopningar af med talrika utlöpare anastomoserande epitelceller med mer eller mindre utpräglad stjärncellstruktur.

De kompakta epitelmassorna visa sig tydligt hafva uppkommit genom en sammansmältning nt af de förut omtalade epitelnäten, beroende därpå, att bindväfven, som utfyllt maskrummen mellan dessa, fullständigt degenererat. Å tafla 4. bild 2, har jag afbildat denna börjande degeneration. Vi se här i centrum af ett större maskrum fullt bibehållen fibrillär bindväf. Ju mer man närmar sig periferien, synes den fibrillära strukturen försvinna, och närmast intill epitelsträngarna se vi klara rum, understundom utfyllda af ett fint trådnät eller af korn, som med begärlighet upptaga hematoxylinfärgen. Ibland ser man en och annan leukocyt eller stora protoplasmatiska bindväfsceller i dessa rum. Denna degeneration af bindväfven se vi ganska allmänt uppträda omkring epitelbildningarna, i öfrigt visar bindväfven en vacker fibrillär struktur. Centralt i de större epitelmassorna se vi ofta cellerna blåsförmigt ansvalda till 3—4 gånger deras vanliga volum och starkt granulerade, hvarvid kärnen oftast skrupnvar. Därjämte förekommer ofta i dessa så förändrade celler inlagringar af större eller mindre, mera homogena, med eosin starkt färgbara massor. Vid pröfvande med olika reaktioner af denna celldegeneration har jag fått den uppfattningen, att de fina kornen mest motsvara en mucinös degeneration af cellprotoplasman. De mera homogena inlagringarnas kemiska natur kan jag ej bestämma. De gifva ej hyalureaktion, ej håller fullt tydlig kolloid. Fett, amyloid och glykogen reaktion gifvo äfven negativt resultat. De ha synts mig mest likna den keratinoida degenerationen af epitelceller. Denna så karakteriserade celldegeneration förekommer icke blott inom de centrala delarna af de större epitelmassorna, utan man ser äfven här och hvar i cellsträngarna en och annan så degenererad cell, och slutligen kan man finna hela cellsträngar fullständigt så degenererade.

Snitt, lagda genom svulstkapseln, visa svulstväfnadens förhållande till omgifvande delar. Innerytan visar epitelbildningar af samma struktur, jag förut beskrifvit. Närmast utomkring denna finnes en tämligen lucker, kärl- och cellrik bindväf, och utanför denna är bindväfven tämligen fast, fibrillär med här och hvar inlagringar af benlameller. Ifrån det epitel,

som bekläder svulstkapselns inneryta, utgå ytterst talrika, kolt- och strängformiga, ofta greniga utlöpare, hvilka, då de nå den fibrillära bindväfven, växa ned mellan bindväfsbuntarna i en riktning, som är parallel med deras förlopp. Ifrån olika delar kommande dylika proliferationer möta hvarandra och afgränsa smärre partier af bindväfven, hvilken då slemmigt degenererar, hvarjämte man ofta ser en hyalin degeneration särskildt af kärlväggarna. En del af dessa epitelsträngar sträcka sig djupt in i den fibrösa kapseln, käkperiostet, men synas ingenstädes hafva genombrutit densamma.

Skiljeväggen mellan de båda stora cystarummen visar de båda fria ytorna täckta af ett epitellager af samma utseende som de förut i svulsten beskrifna, från hvilket äfvenledes talrika, greniga utlöpare poliferera nedåt i bindväfven, och denna förhåller sig på samma sätt, som förut beträffande svulstkapseln blifvit beskrifvet, med undantag af att här och hvar rundcellsinfiltation uppträder; blodkärlen tämligen vida, ofta starkt utspända af röda blodkroppar, på sina ställen äfven innehållande en trombusliknande massa. Bindväfven är i sin helhet något cellrikare här än annorstädes i svulsten. Epitelcellerna visa i dessa partier inga tecken till degeneration med undantag af det ytligaste lagret, som utgör begränsningen till den stora inre kaviteten.

**Fall 5.** Inspektor R. A. E. från Arbrå. 35 år.

Patienten angifver sjukdomen hafva börjat år 1875, då han fick svår värk, som varade i 2 dagar, i en kindtand i vänstra underkäken, hvarigenom kinden blef något svullen. Sedan värken afstannat märkte han, att tanden lossnat, och han uttog sedan denna med fingrarna. Han observerade då, att af tanden endast kronan fans kvar. Någon rot kunde han ej förmärka. Efter tanden syntes i käken ett djupt hål, som ledde in till en kavitet af ungefär en hasselnöts storlek. Efter rådfrågning af läkare behandlade han hålet i käken under  $1\frac{1}{2}$  års tid med dagliga karbolsyresköljningar, då hålet under nämnda tid grodde igen. Under en längre tid efteråt kände han inga obehag i käken, med undantag af att allt emellanåt en svag, hastigt öfvergående »ristning» förmärktes i käken. Dessa ristningar tilltogo så småningom intill år 1884, då käken å nyo började svullna, dock utan någon nämnvärd värk.

<sup>7</sup>/<sub>1</sub> 1885 opererades patienten på Serafinerlasarettet. Svulsten var då valnötsstor, centralt belägen i underkäken, utbuktande yttre benväggen.

Yttre benväggen borttuejklades, och en lös svulstmassa eviderades, som låg omkring och ofvanför nerv. alveol. infer.

Patienten utskrefs frisk, och uppgifver han själf, att han ej sedermera haft någon kännning af tumören förrän år 1890, då han började känna liknande symptom, som han förut besvärats af, och käken började allt mer att svullna.

1891 opererades han åter på Sofiahemmet, och svulsten var nu väl dubbelt större än förra gången med samma säte. Efter uppmejsling af käkbenet gjordes exstirpation af tumören. Om sitt senare tillstånd skrifver patienten i bref af den <sup>20</sup>/<sub>4</sub> 1894: »Ehuru efter sista operatio-

uen käkbenet ej kunnat växa ihop, känner jag mig kry till dato med undantag af att halft underläppen är som den skulle vara något slapp eller förlamad. Med undantag af hårdt bröd kan jag tugga på höger sida obehindradt, utan att det generar den vänstra. Jag har åtminstone nu ej skäl att antaga att sjukdomen skall återkomma.

*Makroskopiskt utseende.* Det första preparatet utgöres af den yttre benväggen och det innehåll, som funnits i benhålan inuti käken.

Den yttre väggen, som är af ungefär 2 mm:s tjocklek, är huvudsakligen fibrös, på sina ställen med tydliga beninlagringar. Insidan synes beklädd af en slemhinneliknande, något finluddig membran. Å ett mindre område synes väggen förtjockad. Vid genomskärning af detta parti finner man väfnaden af något poröst utseende, därjämte 2 små ärtstora cystor, oavgifna hvar och en af en ytterst tunn membran.

Innehållet i benhålan, af ungefär en spansk nöts storlek, utgöres af en oregelbunden, trasig, tämligen fast massa, som i snittet visar ett fint poröst utseende. En och annan knappnålshufvudstor cysta framträder äfven, fast mycket sällsynt.

*Mikroskopiska undersökningen* af denna väfnad visar tätt liggande epitelbildningar, oftast anordnade i dentritiskt förgrenade strängar med kolförmigt ansvalda ändgrenar, erbjudande vid lägre förstoring stor likhet med snitt ifrån en acinös körtel. Dessa bildningar ligga i allmänhet inbäddade i en tämligen lucker, kärlik, fibrillär bindväf.

Bild 2 tafla 3 återgifver den vanligaste strukturbilden för denna svulst.

Beträffande den finare strukturen af epitelbildningarna, så möta oss ytterst sällan de enkla strängarna af små, polygonala celler, som så rikligt uppträdde i de tre första svulsterna. De flesta strängarna hafva samma struktur som i föregående svulst.

De ofta till vackra alveoler omformade ändkolfvarna visa ett yttre lager af snåla cylinderceller, likvande dem vi funnit afbildade i fall 3, och motsvarande det utseende af celler, som vi funnit på ett 7 månaders foster hos groddlisten bakom sista tandanlaget. Dessa innesluta celler, i allmänhet motsvarande emaljorganets intermediäre cell-lager, men hvilka inom många af de större alveolerna öfvergå till vackra stjärnformiga celler. Därjämte förekomma i en del af alveolerna ofta centrala anhopningar af celler, som i utseende och öfriga förhållanden likna de rete-malpighiska hudepitelcellerna. I andra alveoler ser man dessa celler stadda i degeneration. Genom sitt sönderfall gifva de anledning till cystösa rum inom alveolerna, som sedan sins emellan kunna konfluera och därigenom ge anledning till större cystar. Dessa bildningar förekomma dock tämligen sparsamt. Jag uppskjuter den noggranna skildringen af epitelcellernas förhållande vid cystabildningar till längre fram.

Epitelbildningarna ligga i denna tumör, såsom synes å bilden, i allmänhet tätt intill hvarandra, ofta gruppvis lobulärt anordnade med större fibrillära bindväfsstråk mellan de olika loberna. Inom loberna består stödjeväfnaden i allmänhet af en sparsam, tämligen lucker, kärlik-

rik, fibrillär bindväf, som på flere ställen intill epitelväggarna visar den förändring, som jag utförligt beskrifvit och afbildat i föregående fall.

Undersökningar af ytterväggen visa, att dess inneryta utgöres af svulstväfnad af samma utseende, som jag förut har skildrat. Utanför denna finnes en fast fibrös bindväf med här och hvar inlagringar af tunna benlameller. Äfven i denna bindväfskapsel kan man här och hvar se epitelsträngar skjuta in.

*Makroskopiskt utseende.* Recidivsvulsten är betydligt större än den ursprungliga svulsten och har ungefär storleken af ett mycket litet hönsägg.

Dess hufvudmassa utgöres af en solid, tämligen fast tumör af ett körtelartadt, här och hvar poröst utseende. I periferien å denna ser man i väfnaden insprängda, talrika, ifrån knapt skönjbara till ärtstora, cystarum. Vid ena ytan af tumören ser man en större cysta ungefär mandelstor, som genom flere spindelväfstunna membraner är afdelad i flere olika fack. Utanpå denna ligger en något större cysta med mera jämn vägg. Hela denna massa är omgifven af en fibrös väfnad, hvars yta är söndertrasad och här och hvar synas afslitna muskelfästen. I denna finnas därjämte inlagrade större och mindre benbitar af käkbenet.

*Mikroskopiska undersökningar* visa, att svulsten är byggd på samma sätt som den ursprungliga tumören.

**Fall. 6.** J. V. S. 34 år, handlande från Helsingfors.

Sjukhistorien godhetsfullt meddelad af dr E. S. Perman.

»Fem år före inkomsten till sjukhuset hade pat. börjat märka en svullnad i trakten af högra underkäksvinkeln. Denna svullnad hade så småningom ökats och bredt ut sig nedåt och framåt, så att han efter 3 1/2 år äfven iakttog den i högra submaxillartrakten. Inåt munnen, längs insidan af högra underkäkshalfvau, bredde den äfven ut sig. Huru det förhållit sig med tänderna, finnes ej antecknadt i journalen, och jag erinrar mig endast, att han låtit taga bort dem, den ena efter den andra, men om det varit för värk, eller därför att de lossnat, minnes jag ej. Tumören hade ej varit öm eller smärtsam, men vanstälde patienten genom sin storlek, försvårade tuggning och sväljning och oroad honom genom sin tillväxt, hvarför han önskade blifva opererad. Intogs på Sabbatsbergs sjukhus den 21/7 1889.

Hela högra underkäkshalfvau intogs då af en tumör, som uppåt sträckte sig till jämnhöjd med okbågen, nedåt vid upprätt ställning af hufvudet i det närmaste till jämnhöjd med klavikeln. Bakåt utfylde den fossa retromaxillaris och nådde främre randen af m. sternocleidomast. Åt medellinien sträckte den sig ungefär 1 cm. öfver hakans midt åt vänster. Under tumören kunde man känna tungbenet samt larynx fria och förskjutbara mot densamma. Längs insidan kändes hela högra underkäkshalfvan ända upp till leden betydligt förtjockad samt hård och fast. På utsidan kändes tumörens yta på några ställen ojämn, men för öfrigt slät. Till konsistensen var den fast utom å ett ställe å dess största hvälfnung nedåt, hvarest fluktuation kändes. Huden öfver den samma spänd, i dess nedre partier föga förskjutbar. Alla kindtänderna på höger sida borta.

Pat. var för öfrigt frisk och af stark kroppsbyggnad.

Den  $30^{\text{e}}$  operation. Denna börjades med blottläggning af carotis comm. för att i händelse af svårare blödning fort kunna stilla denna. Detta visade sig dock obehöfligt. Snitt lades längs bakre och nedre randen af hela tumören, hvarefter en öfre och en nedre hud-lambå uppdissekerades. Käken genomsågades i trakten af vänstra hörntanden, hvarefter hela den degenererade delen af käken kunde isoleras och föras ned, och sedan den lossats från muskelfästena enkleeras. Några vid dess nedre bakre del festsittande körtlar medtogos äfven.

Läkning inträdde ej fullt p. p., emedan en fistel uppstod under hakan in till den afsågade käken, från hvilken några små, nekrotiska stycken afstöttes. Utskrefs läkt den  $29^{\text{e}}$  8 1889.

Emedan den kvarvarande delen af vänstra käkhalfvan försköts inåt munnen, kunde pat. efter operationen endast med svårighet tugga hårdare födoämnen, hvarför han tillråddes att vända sig till tandläkare för erhållande af lämplig protes. Flytande och lätt tuggade födoämnen kunde han med lätthet förtära.

Oaktadt efterfrågning genom bref har han sedermera ej låtit höra af sig.»

*Makroskopiskt utseende.* Preparatet, som är afbildadt på nästföljande sida, visar underkäken tämligen regelbundet uppdrifven till en stor tumör, hvars längd är 15 cm., bredd 6 och höjd 7 cm. Utåt är denna utbuktning starkast och bildar här en ganska jämn, konvex yta, som framåt nedåt slutar i ett framskjutande trubbigt utsprång. Innerytan visar en mera flack uppdrifning, starkast framskjutande i sina bakre partier. Framtänderna och ena hörntanden jämte deras alveolarprocess synas intakta. Bakom dem finnas inga tänder. I tandköttet, som motsvarande tändernas ursprungliga plats är insänkt, synas några smärre urgröpnings- i hvilkas botten små, vårtformiga, flacka exkrescenser utskjuta. Den lingvala delen af tandköttet bildar en betydande, upphöjd, jämnt afrundad förtjockning. Uppstigande käkgrenens benlameller synas starkt utspända, endast lemnande ledutskottet och den bakre öfre delen af uppstigande käkgrenen normala.

Till konsistensen kännes svulsten endast å de undre främre partierna något fluktuerande. Tryck på väggen här framkallar tydlig pergamentknitter. I öfrigt kännes den i allmänhet fast elastisk, å de undre partierna nästan behård.

En längdgenomsågning af underkäken visar käkens inre till största delen utfyllt af en lös, delvis cystös svulstmassa. Färgen ter sig på det i sprit bevarade preparatet med en i allmänhet gulgrå, mättad färgton. Här och hvar, fast mycket sparsamt, framträda några gelatinösa partier. Svulstväfnaden har i allmänhet ett poröst utseende, och i densamma synas insprängda flere oregelbundna, från knapt skönjbara till nötstora cystösa rum. De större synas beklädda af en tunn, slemhinneliknande membran och innehålla ofta en mörjig, gulaktig detritusmassa; å en del är innehållet mera slemmigt. I en del cystor ser man från vägen små, ungefär knappålshufvudstora, gula bollar, som med en smal stjälk fästa sig på cystamembranen. De större cystorna synas ibland genom spindelväfstunna membraner och strängar afdelade i olika rum.

Det främre, undre partiet af svulsten intages af en väl hönsäggsstor cysta af oregelbunden form, hvars spets utmynnar i det förut



Bild 14.

ontalade främre utskottet. Framför densamma ligger en mindre, knapt valnötsstor cysta. De väggar, som bekläda innerytan af dessa cystor,



äro betydligt tjockare än motsvarande membran från de mindre cystorummnen.

Grauska vi förhållandet emellan den solida väfnaden och cystorna i denna tumör, så finna vi, att tumörens hufvudmassa utgöres af den solida väfnaden. Beträffande cystornas topografiska utbredning inom svulsten, ligga, såsom jag förut omnämmt, de båda större cystorna i det främre undre partiet af svulsten, de öfriga cystorna synas i allmänhet vara belägna i de laterala delarna af käken. Det förut omnämnda, starkt förtjockade och upphöjda inre tandköttet, visar sig vid genomskärning bestå af ett ungefär 2 mm. tjockt ytlager af en gråhvit, fast, fibrös väfnad: därunder synes en mera gulgrå, lösare, körtelartad väfnad, i hvilken spridda, oregelbundna sprickrum framträda. Svulstens förhållande till käkbenet synes ganska kompliceradt. Utåt omgifves svulsten af ett tunnt benskal, som på många ställen är ersatt af en fibrös väfnad, men därjämte ser man vid svulstens genomskärning den i sin helhet vara genomdragen af oregelbundna, än paperstunna, än mera kompakta henlameller. Den bakre, undre delen af horisontala käkgrenen synes bäst bibehållen. Öfre ytan af det bibehållna benet visar större och mindre urgröpnigar, utfyllda af svulstväfnad, som i allmänhet låter tämligen lätt lossa sig från detsamma. Men därjämte kan man se tydlig svulstväfnad ligga inbäddad inuti det kompakta benet.

*Mikroskopisk undersökning.* Af den lösa svulstväfnad, som utgjorde svultens hufvudmassa, uttogos bitar från skilda ställen och inbäddades i paraffin och celloidin.

Snitten visade i allmänhet en plexiform anordning af finare och gröfre epitelsträngar, som alla karakteriserades därigenom, att de yttre cellerna voro vackert cylindriska. Innanför dessa lågo stjärnformiga epitelceller, än bildande endast 2 till 3. än mera, ända till 10 till 12 rader.

Här och hvar syntes luckorna mellan de stjärnformiga cellerna starkt utvidgade; på sina ställen syntes dessa hafva konfluerat till större rum. Endast å några ställen påträffades anhopningar af de förut skildrade, stora, blåsförmiga, korniga cellerna.

Bindväfven, som inneslöts emellan detta epitel nät, visade vackert den förändring, jag förut beskrifvit från svulst 3. På sina ställen, där epitel näten äro tätt liggande, syntes mellanrummen utgöras af runda maskrum, utfyllda af en klar, homogen, hyaliniserad väfnad, så att bilden fullständigt erinrade om ett cylindrom, å andra ställen såg man i luckorna emellan epitel nätverket ett centralt liggande kärl med från dess vägg kvastlikt utstrålande, fina trådar.

Ingenstädes kunde jag se denna bindväf växa in i epitelväfnaden.

Utom denna plexiforma anordning ser man äfven epitelbildningarna anordnade i större och mindre grupper af dentritiskt förgrenade klasar, liknande dem jag afbildat för föregående svulst, tafla 3 bild 2, endast med den skillnaden, att cellerna här äro vackrare stjärnformiga. Därjämte iaktages äfven här och hvar börjande cystabildning inom de större epitelkolfvarna.



Svulstbitar undersökta ifrån den yttre öfre delen af svulsten, hvilkas makroskopiska struktur jag förut skildrat, visa större och mindre cystarum inlagrade i en tämligen cellrik, fibrös bindväf. Dessa ligga åtskilda genom ganska mäktiga bindväfslager. De mindre cystorna presentera sig som runda bildningar, bestående af ett yttre lager af tätt hoppackade kubiska eller lågt cylindriska celler. Närmast intill dessa ligga oftast ett eller flere lager tätt hoppackade, polygonala celler. Innanför detta kommer ett mäktigt lager af stjärnformiga celler. Här och hvar mellan dessa celler synas större rum, som innehålla en fin-trädig, kornig, amorf massa, som upptager hematoxylinfärgen. Man kan se, huru de stjärnformiga cellerna direkt degenerera till denna massa. Degenerationen tyckes börja i cellernas utlöpare. Därjämte ser man ofta tämligen centralt anhopningar af celler, hvilkas protoplasma blifvit starkare ljusbrytande och undergått en homogenisering. Den förhåller sig vid färgning som det ytliga lagret af munepitecellerna och gifver ej reaktion på hyalin med Ernsts reagens (färgn. med syrefuxin pikrinsyra). I detta så förändrade protoplasma uppträda talrika större och mindre vakuoler. Dessa synas på de flesta ställen tomma. Å en del synas som innehåll klara, homogena droppar. Vakuolbildningen synes uppkomma dels ifrån kärnen, då man ser huru den starkt ansväller, blifver hydropisk, dess kromatin samlar sig till en oregelbunden klump liggande i ena änden, under det att den öfriga delen af kärnen kommer att utgöras af ett klart, homogent innehåll, i hvilket man stundom ser snärre, starkt ljusbrytande korn och droppar. Men äfven oberoende af kärnen föregår en dylik vakuolisering i cellprotoplasman. Själva cellprotoplasman synes sedan upplösa sig i runda korn eller droppar, hvilka med begärlighet upptaga eosin och syrefuxin. Bild 3 tafl. 4 återgifver en cellalveol stadd i omvandling till en cysta.

De större cystorna visa en stor central kavitet, innehållande dels den förut omtalade amorfa, af hematoxylin blåfärgade massan. På vissa ställen särskildt mot periferien synes i stället för denna massa en tät anhopning af de förut omtalade, eosinfärgade dropparna, som inemot centrum blanda sig med den förut omtalade andra massan. Cystainnehållet omgifves närmast af koncentriskt lager långsträckt, platttryckt celler med homogen, starkt eosinfärgad protoplasma. Å en del synas kärnarna bibehållna såsom smala, stafformiga bildningar, å andra kunna de ej upptäckas. Detta lager gränsar antingen alldeles omedelbart intill ytepitelet eller har det emellan sig några få lager af stjärnformiga celler. Ytlaget utgöres i allmänhet af små, hoppackade, polygonala celler. Man kan lätt öfvertyga sig om, att de större cystorna äro uppkomna genom sammansmältning af flere cystöst degenererade alveoler. Af intresse är, att från de större cystorna inga sekundära proliferationer tyckas utgå. De äro ofta omgifna af en fastare, sklerotisk bindväf. Partier af svulsten längre in mot medelpartiet visa en vacker, alveolär struktur af ytterst höga cylinderceller, som omsluta stjärnformiga celler, bland hvilka ofta uppträda enkla lager af celler, som mera antagit den reut rete-malpighiska typen, och å en del alveoler iakttagas typiska epidermoid-bildningar af samma utseende, som jag beskrifvit från första utvecklingen. Dessa alveoler utgöra förstadium till cystabildningen.

I gingivalpartierna synas svulstvegetationerna hafva ungefär samma utseende som de förut beskrifna i den mellersta delen af svulsten. Synnerligen vackert ser man här den förut beskrifna slemmiga degenerationen af bindväfen omkring epitelsträngarna.

Af särskildt intresse var att studera svulstens förhållande till munepitelet. Jag har därför uppoffrat af svulsten en sträcka af väl 3 cm., hvaraf jag successift undersökt alla snitten. Det visade sig då, att svulstväfnaden, som man redan makroskopiskt kunnat iakttaga, var i allmänhet skild från munepitelet af ett tjockt lager fibrös bindväf. Jag kunde dock konstatera ett direkt sammanhang emellan munepitelets papiller och svulstväfnaden, hvilket jag här låtit afteckna, och för hvars beskrifning jag hänvisar till närstående bild. Att denna förbindelse

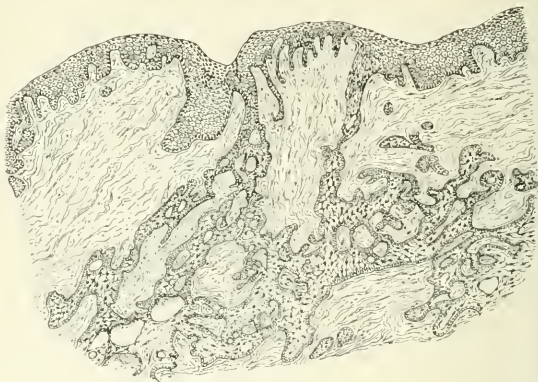


Fig. 15.

uppträdde öfveralt endast på ett bestämdt begränsadt område, hvilket motsvarade öfre delen af tandköttets lingvala sida, således det ställe, där vi enligt utvecklingshistorien skulle hafva ursprunget för tandgroddlisten beläget, synes mig vara af intresse att framhålla.

I de understa delarna af svulsten består väfnaden nästan utslutande af epitelvegetationer jämte talrika kärl, som ligga i mellanrummen mellan dessa. En del af dessa kärl äro starkt injicerade med röda blodkroppar. I de flesta af cellsträngarna har epitelet det vanliga typiska utseendet, men i en del större partier ha cellerna starkt ansvält till stora korniga bildningar. Därjämte ser man i dessa snitt några egendomliga inlagringar i cellerna, (se bild 7 tafla 4). De te sig som runda eller ovala, starkt ljusbrytande bildningar med storleken af från en hvit blodkropp till 4 à 5 gånger större. De ligga inom den starkt

förstorade cellkroppen oftast omgifna af en skarpt utpräglad ljus ring. Cellkärnen ligger vanligen vid ene änden af cellen, ofta halfmånfornigt böjd. De färgas starkt med eosin och syrefuxin och gifva hvarken glykogen eller hyalin reaktion. På sina ställen kan man jämte de förstorade epitelcellerna se invandrade leukocyter, som, äfven de, ofta omgivas af en färglös ring, och hvilka sedan tyckas degenerera till kroppar liknande de förut beskrifna.

**Fall 7.** Ogifta S. O., 48 år från Öja förs. i Södermanland.

Utaf Serafimerlasarettets journal inhemtas, att utan någon känd anledning för 11<sup>3</sup>/<sub>4</sub> år tillbaka en svullnad uppstått å vänstra underkäkgrenen. Denna har sedan jämnt tilltagit i storlek och var vid inkomsten till lasarettet stor som en duktig knytnäve. Svulsten sträckte sig ifrån vänstra käkledgången fram emot midten af hakan. Klinisk diagnos: osteosarcoma fibromatosum. 14<sup>1</sup>/<sub>6</sub> 1877 exartikulerades vänstra käkhalfvan. Operationen var på grund af svulstens ansenliga volum i dess bakre del förenad med betydliga svårigheter. Arteria maxillaris interna måste genomskäras. Blödningen var betydlig. 31<sup>1</sup>/<sub>8</sub> 1877 utskrefs patienten läkt. Inga tecken till recidiv. På grund af senare efterforskningar har jag erfarit, att hon aldrig hade något annat men af operationen än en viss svårighet att kunna äta, och att ej det minsta spår af någon förnyad svulst sedermera kunde förmärkas, samt att hon af lidit 12 år efter operationen af en bröstsjukdom.

*Makroskopiskt utseende:*

Det tillvaratagna preparatet visar underkäkshalfvan till oigenkänlighet omvandlad i en väl knytnäfstor svulst, nästan klotrund i den bakre hälften och något afsmalnande framtill. Den mäter i längd 9 cm., i höjd 7 och i bredd 6 cm. Utaf själfva käkbenet är endast den främre undre delen intakt i en utsträckning af några centimeter. Denna del öfvergår bakåt i en benblåsa med tämligen fasta väggar, endast här och hvar ersatta af en fibrös väfnad. Af proc. coronoideus synes intet spår. Proc. condyloideus markerar sig genom en ungefär 1-örestor, broskklädd yta å den öfre bakre delen af tumören. Tumören är tämligen jämnt afrundad, endast å den främre yttre delen framskjuter en väl dufäggstor, oval utbuktning. Å tumörens öfre yta markerar sig tandköttet som två långsgående, buktiga upphöjningar, emellan hvilka en grund insänkning förefinnes, i hvars botten såsom märke efter de bortfallna tänderna synas små, vårtformiga exkresenser. Den lingvala delen af tandköttet bildar en betydligt större och högre vulst än motsvarande labiala del.

Vid längdgenomsågning af käken visar sig hela den bakre delen vara säte för en nästan klotrund cysta af en mandarins storlek. I den främre väggen finnes, fast vidväxt, en molartand af normal storlek med endast rudimentära rötter, och hvars väl utbildade krona är fri och riktad bakåt, något utåt och uppåt in i cystakaviteten. I öfrigt synas endast några gulaktiga detritusmassor som innehåll i cystan. Enligt anteckningar i journalen skulle innehållet hafva varit kolestearinhaltigt.

Cystaväggen utgöres af en ungefär 1 cm. tjock, fast fibrös membran, som inåt har en epidermisliknande beklädnad. Den låter ej lösa sig ifrån omgifvande delar, endast här och hvar emot benskalet är den aflossbar. Vid denna cystas bakre öfre omfång ligger en mindre cysta af en spansk nöts storlek; denna sträcker sig ända upp i ledhufvudet, urhålkande detta till en tunn blåsa.

Framför denna cysta är hela den utspända käkgrenen utfylld af en tämligen lös, porös svulstmassa, i hvilken talrika från knappast skönjbara till nötstora cystor förefinnas. Denna svulst fortsätter sig uppåt, infiltrerande tandköttet, som vid genomsnitt visar ett spräckligt utseende af en gulgrå, lösare väfnad, inbäddad i en gråhvit, fibrös bindväf. Den mäktiga svulstinfiltration, som intager den lingvala delen af tandköttet och underliggande delar, är nästan fullständigt solid, under det att motsvarande partier å den yttre sidan äro mera cystösa.

Inuti själfva svulsten markerar sig ej några bensepiment, däremot löpa här och hvar grofva, fibrösa streck, som afdelar svulstväfnaden i oregelbundna partier.

I svulstens främre undre partier vid öfvergången till det intakta käkbenet kan man studera svulstväfnadens förhållande till benväfnaden.

Man ser hela den spongiösa benväfnaden ersatt af svulstväfnad, hvilken därjämte bildar oregelbundna, djupa, lakunära erosioner i den kompakta benväfnaden. En del af dem sträcker sig nästan ända till benets ytterkant.

*Mikroskopiska undersökningen* visar svulsten i hufvudsak öfverensstämma till sin textur med föregående tumör.

Svulstväfnaden i gingivan utgöres i allmänhet af små, tätliggande alveoler af rund, oval eller oregelbundet kantig gestalt. Bild 1 tafla 3 återger en grupp af dessa vid lägre förstoring och i bild 5 tafla 4 hafva vi en cellalveol aftecknad vid högre förstoring. På denna afbildning kunna vi se, att dessa alveoler äro uppbyggda af ett randlager cylindriska celler med relativt stor, oval eller mera långsträckt kärne, belägen vanligen i den mellersta delen af cellen, omgifven af en blek protoplasmarand. Detta cell-lager omsluter greniga epitelceller med en oval, centralt belägen kärne och ett tunnt, grenigt utbredt protoplasma. De mera perifert belägna cellerna hafva i allmänhet kortare protoplasmautlöpare än de inre, som oftast hafva en obetydlig cellkropp med ytterst långa och tunna utlöpare, hvarmed de sins emellan förbinda sig, bildande ett vackert nätverk inuti alveolen.

Därjämte inkttager man i en stor del af dessa cellalveoler anhopningar af runda eller polygonala celler af plattepiteltyp, hvars protoplasma är starkare färgbart med eosin. Dessa sönderfalla ofta centralt, och de omgifvande cellerna bilda, såsom synes å samma bild, koncentriska lager omkring de centralt sönderfallande cellerna, i analogi med hvad vi skildrat beträffande föregående tumör.

I öfrigt synes cystabildningen försiggå på liknande sätt som i föregående svulst.

På seriesnitt kan man följa, att de skenbart isolerade alveolerna i själfva verket sammanhänga genom längre eller kortare förbindningsgrenar.

Ett strukturförhållande, som kan förtjäna att påpekas, och som, äfven förekom i föregående svulst ehuru mera sparsamt, tillåter jag mig anföras.

De stora, runda, kolförmiga ansvällningarna, som på snitten markera sig, som de förut beskrifna cellalveolerna, kunna, i analogi med hvad som föregår vid tandanläggningen, utskicka en sidocitelproliferation och därigenom omväxa en bindväfspapill. Ytterst sällan finner man det så omväxta bindväfspartiet till sin struktur förändradt, dock kan man finna sådana bindväfspapiller, där bindväfven autager en cellrik mera embryonal form, erinrande om tandpapillens struktur.

Ibland har jag sett dessa klockförmiga emaljorgansliknande bildningar omväxa en rund cellkolf med dess omgifvande bindväf. Den bindväf, som åtskiljer dessa, degenererar sedan, och vi få i snitten se bilden af en mindre cellkolf, omsluten af en större. Båda dessa kunna sedan cystöst degenerera, och på detta vis kunna vi få en mindre cysta innesluten af en större. — något som en del föregående författare beteckna såsom endogen cystabildning.

Från mellersta partierna af svulsten har jag i bild 4, tafl. 3, lemnat en teckning.

Den visar ett epitelnät af ofta breda, bandförmiga epitelsträngar. Den fibrillära bindväfven har i nätets maskor nedsmält eller omvandlats i en hyalin väfnad. De cellsträngar, som sammansätta detta epitelnät, visa ytterst ett enlagrigt, kubiskt eller cylindriskt epitel. Innanför detta uppträda de redan flere gånger skildrade, stjärnformiga epitelcellerna jämte här och hvar celler, mer lika plattepitelceller, hvilka ofta äro stadda i sönderfall och visa en vakuolisering och homogenisering af cellerna.

I de undre partierna har svulstväfnaden vanligen ett ganska egenomligt utseende, som jag återgifver i bild 3 tafla 3. med en detaljstruktur å bild 6 tafla 4.

Vi se här cellalveoler af ett helt annat utseende än de, som vanligen möta oss i dessa svulster. De visa sig ytterst hafva ett randlager af lågt cylindriska celler, innanför detta äro de flesta celler starkt svällda och groft granulerade med svårt färgbar protoplasma och te sig som runda bollar. Dess kärne är vanligen skrumpen och ligger i periferien af cellen.

Denna celldegeneration, som vi äfven förut omtalat från de föregående svulsterna, synes här vara förhärskande i de nedersta partierna.

Beträffande strukturen af de mindre och större cystorna, öfverensstämma de med den skildring jag gifvit från föregående fall.

Äfven munepitelets förhållande till svulstväfnaden är lika med hvad jag beskrifvit och afbildat vid föregående fall.

**Fall 8.** Hustru C. A., 46 år, från Luleå.

I februari månad 1881 märkte hon en ärtstor knöl å högra underkäken bakom den bakersta tanden. Denna har sedan jämnt tillväxt och åstadkom hvarje månad en lindrig, tryckande smärta, som varade 1 å 2 dagar. Af rådfrågad läkare uttogs den bakersta tanden, och jodpensling föreskrefs. Vid inkomsten till serafimerlasarettet den 30/10 1881 syntes högra kinden betydligt mera utstående än den vänstra,

å huden iaktogs ingen förändring. För palpation kändes den uppstigande käkgrenea uppdrifven till en hård tumör, fullständigt orörlig och obetydligt ömmande. Dess gränser voro ej fullt tydliga. Den mäter i den vertikala riktningen  $4\frac{1}{2}$  ctm och i den horisontala 6 ctm. Vid tuggandet förorsakade den ej något besvär.

<sup>15</sup>/<sub>10</sub> aflägsnades tumören genom exartikulation. Den befans utgöras af en väl valnötsstor cysta, som innehöll en tunnflytande, nära färglös vätska. Å den inre ytan af den mot munhålan vettande väggen syntes en gråaktig väfnad, som misstänktes vara sarkom.

<sup>27</sup>/<sub>10</sub> utskrefs patienten frisk.

Stadsläkaren dr Hackzell, som undersökt henne 8 år efteråt, har benäget lemnat följande utlåtande om hennes tillstånd. Fru A. befinner sig väl. Intet spår till recidiv förefinnes. Vid ett flyktigt betraktande kan man knappast se, att någon operation gjorts, så ringa är snedställningen af munnen och förändringen af ansiktet i kosmetiskt hänseende.

*Makroskopiskt utseende.* Preparatet visar den uppstigande käkgrenea uppdrifven till ett likformigt rundadt, nästan hönsäggstort benskål, å hvars topp endast en otydlig förtjockning af benet med några vidfästa muskelsentrådar anger återstoden af proc. coronoidens. Proc. condyloidens jämte dess hals är fullständigt bibehållen. Bakre delen af käkgrenea i ungefär 1 cm tjocklek är kompakt och visar endast åt utsidan en lätt aftrubning af den fria randen. Nedåt öfvergår utspänningen af benet i den bakre öfversta delen af motsvarande käkkropp. Den vtte ytan är starkare hvälfd än den inre. Tandköttet framför det så förändrade benet i ungefär 2 cms utsträckning synes vara uppdrifvet och förtjockadt särskildt å lingvala sidan. Vid längdgenomsågning af benet visar sig nämnda benuppdrifning utgöra skalet till en cysta, som vid operationstillfället innehöll en tunnflytande vätska. Cystan begränsas inåt af en ungefär  $1\frac{1}{2}$  mm. tjock, slemhinneliknande membran till färgen gråhvit, marmorerad af talrika gulbruna fläckar. Den låter med tämlig lätthet aflossa sig från benet; framtill sammanhänger den fast med gingivans bindväf. Benskalet, som omsluter densamma fullständigt med undantag af den delen, som stöter till tandköttet, visar en tjocklek af från 1 till 3 mm.

Framför denna cysta visar sig så väl i det angränsande betydligt förtjockade tandköttet som i själfva benet en solid svulstbildning, för blotta ögat kännetecknande sig såsom gulgråa, lösare svulstmassor, insprängda i en fast, gråhvit, fibrös väfnad. Dessa massor ligga på sina ställen anhopade till större, ända till bönstora bildningar, som lätt lossa och utfalla, dels framtråda de endast som fina punkter inneslutna i den fasta väfnaden. Å sina ställen framträder ett poröst utseende af dessa bildningar, och med lup iakttagas tydligt här och hvar små cystor och sprickor. Själva käkbenet visar, motsvarande framträngandet af svulstväfnaden, oregelbundna urgröpnings, men dessutom synas flere spridda härdar ligga inneslutna i den spongiösa benväfnaden, en del omgifna af tämligen tjocka benbalkar. Sågsnittet vid operationen genom käken synes ligga i frisk väfnad på en knapp cm. afstånd från de makroskopiskt synliga, sjukliga förändringarna (mikroskopiska



undersökningar af från snittranden gjorda preparat bekräfta detsamma). Munepitelet visar inga synliga förändringar. Det yttre benskalet är ingenstädes genombrutet af svulstvåfnaden.

*Mikroskopisk undersökning.* Cystaväggen visar sig innerst vara beklädd af ett flerlagrigt epitel. De innersta cellerna äro platträckta, långsträckta, därefter komma några lager af polygonala celler och ytterst ett lågt cylinderepitel. Här och hvar synes detta epitel utsända små, kolförmiga proliferationer i underliggande väfnad. Närmast epitel-lagret kommer ett lager af en lucker, cellrik bindväf med talrika blod-kärl och tämligen stark levkocytinfiltration. Därutänför befinner sig ett lager af en fast, sklerotisk bindväf, som ingenstädes synes genombruten af epitelproliferationer.

Den solida svulstinfiltrationen af käken liksom den i gingivan befintliga nybildningen visar sig utgöras af de vanliga cellsträngarna och de emaljorgansliknande cellalveolerna. I tandköttet finnas mycket talrikt de förut omtalade plattepitelliknande cellerna, som undergå de förnt beskrifna metamorfoserne med öfvergång till cystabildning. I käkens nedersta del uppträda dessa celler mera sällsynt i alveolerna, liksom dessa ej håller visa någon mikroskopisk cystabildning.

I den nedersta delen af käken bilda epitelvegetationerna ett tätt liggande nätverk af breda epitelstråk. I de flesta af dem uppträder den stjärnformiga cellformen mera sällan, i stället bestå de af stora, svålta epitelceller med kornig protoplasma och med endast korta förbindningsgrenar.

Bindväfven förhåller sig till epitelväfnaden på samma sätt som är beskrifvet vid föregående fall.

Intet sammanhang har kunnat konstateras emellan munepitelet och svulstvåfnaden.

**Fall 9.** Hustru A. C. B., 26 år, från Rytterne socken i Västmanland.

Sjukhistoria hemtad från anteckningar å Karolinska institutets patologiska museum.

Patienten hade våren 1846 först observerat en under huden rörlig knöl under vänstra käkranden af en bönas storlek, som inom några få dagar blef stor som ett äpple, men utan använda medel fördelades och gick tillbaka. På sommaren samma år återkom den och gick nu till bulnad efter att hafva framkallat en vidsträckt inflammation i kringliggande delar, så att käken var därigenom alldeles sluten. Ringa varafsöndring och snar läkning. Detsamma förnyades s. å. på hösten och i början af följande år, 1847, äfvensom på sommaren d. å., men utan att det vid dessa 5 tillfällen gick till bulnad i käken. Detta observerades först i mars 1848, då själfva käken började värka och en svullnad uppstod, som mer och mer drog sig ned mot det gamla ärrret, som nu bröt upp och lemnade utlopp för en ymnig mängd materia, i början stinkande, sedan mera tunn och vattenhaltig utan lukt. Käken växte hastigt och nådde snart den volum, den sedan bibehöll ända till inträdet på lasarettet. Öppningen under käken höll sig hela tiden och lemnade aflopp för nämnda afsöndring till i april 1849, då den af sig

själf läktes. Under tiden hade endast kataplasmer begagnats, äfvensom en méche i fisteln under käken. Värken ingen, sedan det gått hål och utlopp vunnits. Pat. intogs å Serafimerlasarettet den 18 maj 1849 och opererades af prof. Santesson den 23 maj medels resektion af vänstra underkäkshalfvan med exartikulation i temporal-maxillar-ledgången.

Såret läktes utvändigt; endast där ligaturerna voro placerade, kvarstod  $1\frac{1}{2}$  vecka ett par små, fina hål, som efter ligaturernas aflägsnande genast läktes. Indragningen af den kvarlemnade käkhalfvan betydlig, hvarför en stämsko anbragtes för att hålla tänderna mot hvarandra, hvilket fullkomligt lyckades. Pat. hemreste frisk och nöjd i juli 1849.

Enligt senare underrättelser skulle hon 1870 hafva emigrerat till Amerika och var då fullständigt frisk.



Bild 16.

Prof. Santesson, som opererat patienten, har ställt diagnosen cancer cysticus på svulsten. Sedermera har jag sett den omtalad i en finsk afhandling om käkresektioner af AEMELANUS år 1857. Författaren har här ansett sig böra ändra diagnosen till osteo-sarkom.

*Makroskopiskt utseende.* Svulsten, väl äpplestor, intager bakre delen af vänstra horisontala underkäkgrenen och sträcker sig något upp i den uppstigande käkgrenen. Den har utspänt käkbenet till ett tunnt benskal, som här och hvar är ersatt af en fast fibrös membran. Inåt bildar denna uppdrifning en jämn, oval, flack, afsöndring af käken, utåt har den utbuktat käkbenet starkast i de bakre öfre partierna. Här bildar den en betydande prominens, som höjer sig ungefär  $2\frac{1}{2}$  cm. ofvan tandköttets nivå. Svulstens höjd 7 cm., längd 6 cm. och bredd 5 cm. Tandköttet är på lingvala sidan omvandladt till en stor, papillomatös svulst. På yttre sidan är tandköttet något utbrett med jämn yta. Framtill finnas 2 tänder, en molar- och en premolar, som sitta nästan bredvid hvarandra.



Bild 16 (föreg. sida) visar ena svulsthalfvan vid längdgenomsågning af benet.

Vi se här en svulstinfiltration i käkens inre, som utbreder sig i oregelbundna vegetationer, nående ända till den nedre kanten, och som här och hvar är genomdragen af fasta benåsar. Ofvanför denna infiltration leder en ungefär 1-örestor öppning till en nötstor cysta. Ofvanför denna höjer sig betydligt öfver käkens nivå en solid svulst med här och hvar inlagrade, smärre cystor.

Inre käkhalfvan visar nedtill en dufäggstor cysta, hvars vägg endast å ett mindre område å undre inre ytan är glatt. eljes utgöres den utaf lös svulstmassa, hvars yta är oregelbundet vårtformig eller finluddig. Å öfre delen är svulstmassan solid.

*Mikro-kopiskt utseende.* Svulsten öfverensstämmer i sin finare struktur nästan fullkomligt med fall 6. Endast den papillomatösa tandköttsvulsten förtjänar särskildt omnämnande. Den visar de kärlika bindväfspapillerna beklädda af ett epitel, liknande det vanliga munepitelet. På sina ställen har det aflossat, på andra ser man riklig leukocytinfiltration såväl i cell-luckorna, som här och där i själva cellerna. Detta epitel fortsätter sig ned i själva bindväfven i oregelbundna papillära utväxter. Från en del af dessa ser man smala strängar utgå, som längre ned i bindväfven bilda ett grenigt nätverk af epitelsträngar af liknande utseende och struktur, som jag i fall 6 beskrifvit och aftecknat.

Bindväfven, som inneslutes af epitelcellnätet, visar samma slemmiga degeneration, som jag förut beskrifvit.

## Förklaring af taflorna.

### Tafla 1.

- Bild 1. HARTNACK. Ok. 2, obj. 7. Parti från mellersta delen af groddlisten från ett 7 mån. foster öfver en molar, visande en skenbart tubulär form.
- Bild 2. HARTNACK. Ok. 3, obj. 4. Omvandlad rest af groddlisten ifrån 3 mån. barn, visande en struktur af såväl plattepitel som stjärnformiga epitelceller.
- Bild 3. HARTNACK. Ok. 3, obj. 4. Paradentär epitelrest i gingivan ifrån vuxen man.

### Tafla 2.

- Bild 1. SEIBERT. Ok. 1, obj. 1. Från svulst 1. Visande epitelbildningars konfiguration.
- Bild 2. HARTNACK. Ok. 3, obj. 4. Från svulst 2. Visar en högst utdifferentierad cellalveol med såväl emalj som dentinaflagring.
- a. Dentin.  
b. Emalj.  
c. Emaljceller.

### Tafla 3.

- Bild 1. HARTNACK. Ok. 3, obj. 4. Ifrån svulst 7. Visar ett parti af svulst med emaljorgansliknande cellalveoler, af hvilka i en del runda anhopningar af hudepitelceller förefinnas.
- Bild 2. SEIBERT. Ok. 1, obj. 1. Ifrån svulst 5. Återgifver epitelbildningarnas lobulära, drufklasformiga anordning.

- Bild 3. HARTNACK. Ok. 2, obj. 4. Ifrån svulsten 7. Visar ett svulstparti, i hvilket cellerna i alveolerna undergått mucinös degeneration.
- Bild 4. HARTNACK. Ok. 2, obj. 4. Ifrån svulst 7. Visar ett parti af samma svulst med en nätformig anordning af epitelstråken; i detta epitelnäts maskor synes degenererad bindväf.

*Taflan 4.*

- Bild 1. LEITZ. Ok. 3, obj. 3 mm. Detalj utaf bild 2, tafla 2, visande emalj- och dentinbildningen i svulst 1.
- a. Emaljceller.
  - b. Aflagrad emalj.
  - c. Dentin.
  - d. Odontoblaster.
- Bild 2. Ifrån svulst 4. HARTNACK. Ok. 2, obj. 7. Visar den slemmiga degenerationen af bindväfven omkring epitelvegetationerna. I midten är bindväfven normal af fibrillär struktur.
- Bild 3. Ifrån svulst 6. LEITZ. Ok. 3, obj. 3, kamera. Visar en cellalveol, stadd i cystös omvandling.
- a. Homogeniserade epitelceller med vakuolbildning.
  - b. Mucinöst sönderfall.
  - c. Detritusmassa, bestående af slem och droppar.
- Bild 4. Ifrån svulst 2. HARTNACK. Ok. 2, obj. 7. Återgifver en mindre cellkolf med i toppen cylindriska celler samt stödjeväfnadens struktur af spol- och hinneceller.
- Bild 5. HARTNACK. Ok. 3, obj. 7. Ifrån svulst 7. Visar struktur af en cellalveol af emaljorgansliknande typ.
- a. Koncentr. lager af plattepitelceller.
  - b. Central cysta, fylld af detritus.
- Bild 6. HARTNACK. Ok. 2, obj. 7. Visar en cellalveol, där de iure cellerna äro stadda i mucinöst sönderfall.
- Bild 7. SEIBERT. Ok. 3, hom-immers. <sup>1</sup> 12. Ifrån svulst 6. Visar celler med inlagringar.
- a. Inlagringar.
  - b. Cellkärne.

Stockholm 1895. Kungl. Boktryckeriet.

Bild 2.



Bild 1.



Bild 3.

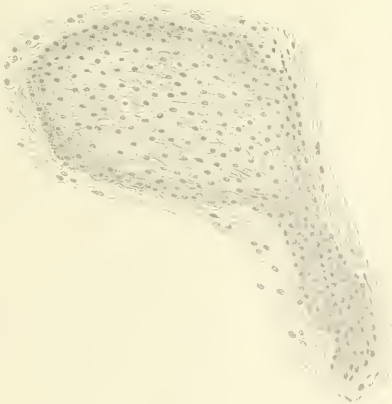




Bild 1

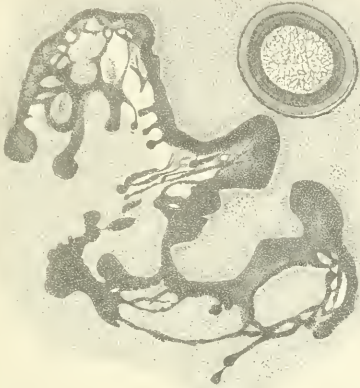


Bild 2













Bild 5. a

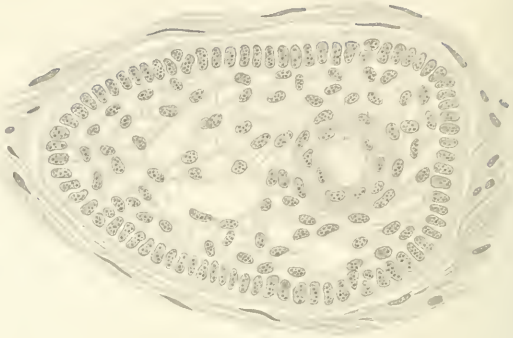


Bild 6.

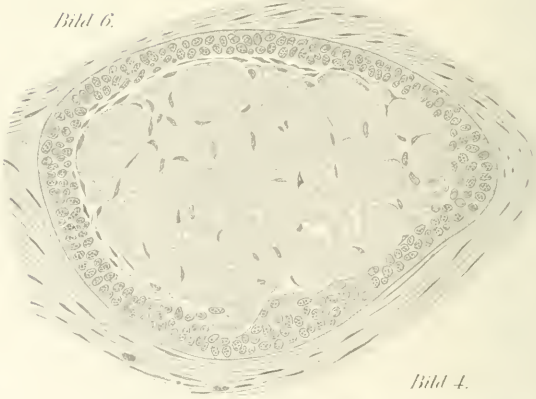


Bild 4.

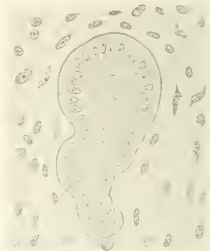


Bild 7.

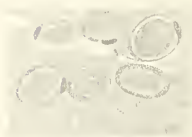


Bild 2.

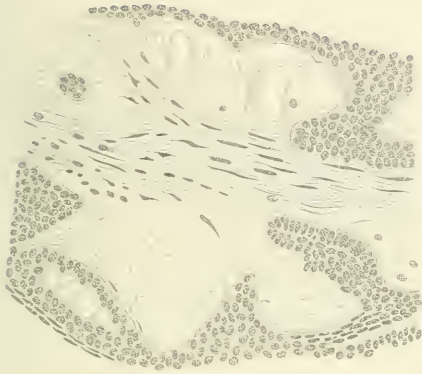
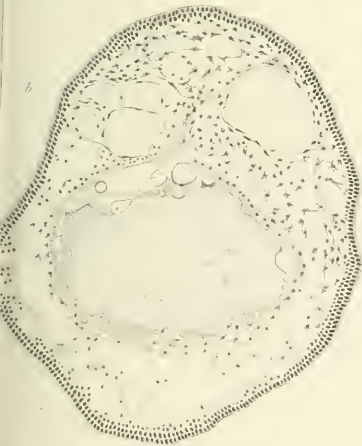


Bild 1.



Bild 3.





## Et Tilfælde af Osteomalaci.

Foredrag holdt i medic. Selskab d. 6 Marts 1894.<sup>1)</sup>

Af

Dr. med., Reservelæge **POUL HERTZ.**

Med 2 Tavler.

M. H.

Når jeg gør Selskabet en Meddelelse om efterfølgende Tilfælde af osteomalacia, kan jeg des værre ikke rose mig af at have vundet Laurbær ved at diagnosticere denne sjældne Sygdom i Patientens levende Live. Det var først ved Sektionen, at Diagnosen blev stillet. Det er for nylig blevet sagt her i Selskabet af en af vore ledende Operatører, at han havde »lært mest af sine døde». Jeg mener at kunne gøre hans Ord til mine for den interne Medicins Vedkommende. En postmortel Iagttagelse af et af de gådefulde eller fejlagtig opfattede Sygdomstilfælde er en veltalende Belæring, som præger sig eller bør præge sig dybt i Hukommelsen. Da Sygdommen er sjælden, navnlig i sin ikke puerperale Form, og da vist nok meget

<sup>1)</sup> Offentliggørelsen af denne Artikel er bleven forsinket, dels af private Forhold, dels af den Omstændighed, at jeg, efter at Foredraget var holdt, blev bekendt med flere Arbejder om Osteomalaci fra den nyeste Tid. Mellem dem var RECKLINGHAUSENS og POMMERS store Arbejder, der bølge er baserede på Undersøgelsesmetoder, som jeg ikke havde kendt for. Det nødte mig til at geoptage det histologiske Arbejde helt forfra. Alle histologiske Undersøgelser slæge megen Tid; men om Knogleundersøgelser gælder dette i potenseret Grad, når man er nødt til at anvende Slibepreparater. Og Knoglerne fra det foreliggende Tilfælde lod sig trods gentagne Forsøg ikke skære i ikke afkalket Tilstand. Også Farvningen af et Benpreparat har sine store Vanskeligheder. Stykkefarvning lykkes ofte ikke og må efterfølges af Snitfarvning. Den neutrale Karmin, der må anvendes, er desuden et ret lunefuldt Farvemiddel. Alt dette i Forbindelse med den stærkt begrænsede Tid, jeg har kunnet skænke til disse Undersøgelser, har gjort, at det først nu er lykkedes mig at afslutte dem.

få af de tilstedeværende have haft Lejlighed til at gøre personligt Bekendtskab med den, mente jeg, at det kunde have Interesse for dem at modtage et Referat af Tilfældet, og jeg vil heri drage Konturerne af de Symptomer skarpt op, som kunde have ledet til en rigtig Diagnose. Desuden har jeg gjort indgående histologiske Undersøgelser af de angrebne Skeletdele, og jeg vil forelægge Resultaterne af dem.

Patienten var en 55-årig Enke, der d. 18de Juli f. Å. flyttedes til St. Johannes Stiftelsen fra St. Josefs Hospital.<sup>1)</sup> Hun skal have været rask i sin Barndom og Opvæxt og i det hele have været en kraftig Kone, indtil hendes nuværende Sygdom begyndte uden nogen påviselig Grund. Hun havde et Par raske Børn, og Fødslerne vare forløbne normalt.

Midt i Oktober 1892, altså  $\frac{3}{4}$  År før hendes Indlæggelse på St. Johannes Stiftelsen, begyndte hun at lide af Smerter, først i Ryg og i Lænder, senere i Brystet og Lemmerne. Det kom temmelig akut med febrilia og Hovedpine. Hun kunde dog passe sit Hus, indtil hun ved Juletid faldt ned ad en Trappe og slog Ryggen. Siden da var hun sængeliggende og meget lidende, kunde ikke tåle at støtte på Benene, dårlig tåle at sidde over Ende, og når hun kom op, stod hun stærkt krumbøjet. Hun indlagdes d. 6te Februar på St. Josefs Hospital. Allerede under Begyndelsen af Opholdet der begyndte hun at ligge sammenkrummet på Siden med Knæene trukne op under Hagen, og dette Leje holdt sig stadig mere og mere akeantneret under hele Sygdommens Forløb. Hun var til Tider lidt oppe på St. Josefs-Hospitalet og gik lidt omkring. Men Gangen var ussel og kun mulig med Assistance af to Personer. Til andre Tider, navnlig i den sidste Tid af det omtrent halve Års Ophold der, formåede hun ikke at forlade Sengen. Hun blev et Par Gange på en Båre bragt ned i Haven; men hun tålte det kun slet og kunde kun i en kort Tid være i Luften.

*Smerterne* vare omtrent uafbrudt tilstede og meget intense. Deres Karakter kunde hun ikke nærmere beskrive. Hun kunde slet ikke tåle at vende eller dreje sig i Sengen. Når hun lå rolig, var hun mindre forpint.

Under hele Sygdommen havde hun lidt af stærk Tørst. I Reglen var der Madlede, men undertiden også stærk Sult. Jævnlig havde hun haft Opkastninger, men ellers ingen Ventrikelsymptomer; ofte langvarig Diarré. Ingen Brystsymptomer.

*Diuresen* havde stadig været meget høj; på St. Josefs-Hosp. varerede den mellem 2000 og 3500. Vægtfylden var kun 1006—1008. Urinen indeholdt albumen, fra  $\frac{2}{4}$  ‰ til  $2\frac{1}{4}$  ‰; dens Udseende var normalt.

Hun magrede svært af, og Kræfterne sank hurtigt. Der kom i de sidste 2 Måneder af Opholdet på St. Josefs Hosp. Ödemer af Fød-

<sup>1)</sup> For Tilladelsen; til at benytte Sygehistorien til Offentliggørelse takker jeg de Hrr. Overlæger GRÜNFELD og A. F. R. HALK.



derne. *Temperaturen* var undertiden om Aftenen noget forhøjet (mellem 38 og 39°); men den var dog ikke bleven målt til Stadighed. Puls omkring 100.

Ved Indlæggelsen på Johannes Stiftelsens Sygehus var Patienten yderst afnagret. Hudfarven var gullig, gusten, anæmisk. Hun ömmede sig en Del ved Bevægelser i Sängen, men kunde dog ret frit indtage forskellige Stillinger og rejse sig over Ende, når hun fik den tilstrækkelige Tid dertil.

Der var en betydelig Kyfose i den överste Del af columna dorsalis. Sternalpartiet af Brystets Forflade var betydelig fremstående i Forhold til eostæ. Muskulaturen var i det hele diffust atrofisk, der var ingen artikulære Lidelser, ingen Residuer efter lues. Der var en Udvidning af Hjärtematheden til höjre og en kraftig systolisk Mislyd og Akeantuation af 2den Lyd i arteria pulmonalis. Lungerne naturlige. Ingen fölelige tumores eller andet väsentligt abnormt i Underlivet.

Hun blev stadig under Opholdet hos os mere og mere debil og emacieret. Der kom stærkt Hårafald. Hun lå ordknap, ofte så småt jamrende sig af Smerter alle Vegne på höjre Side, i den oven beskrevne Stilling og ömmende sig häftigt ved de mindste Beröringer af Krop og Lemmer, f. Ex. ved Perkussion. Hun kom aldrig ud af Sängen. När denne skulde redes, blev hun löftet op på Armene, hvad der ikke var vanskeligt, da hun vejede så lidt (56  $\text{kg}$  ved Döden). Hun kunde sidde over Ende, när der blev stablet Puder bag Ryggen, kunde före Brödet til Munden, men ikke löfte en Kop selv. Alle hendes Bevægelser vare langsomme, små og ängstelige, og hun rötte sig så lidt som mulig, henledte aldrig spontant Opmærksomheden på sig. En enkelt Gang var hun lidt uklar; men ellers var hun ved Samling. Undertiden klagede hun over Hovedpine. Sövnén var ofte dårlig.

Trods den elendige Tilstand var Appetiten ikke så dårlig. Der var ikke længere Diarré eller Opkastninger. Törsten var stadig stærk.

*Temperaturen*, der blev tagen uafbrudt i de første 6 Uger, var *subnormal*, sank endog enkelte Gange til 35,5°. Som Regel var Aften-temperaturen höjest; men undertiden var Forholdet omvendt.

*Diuresen* var i den første Måned meget höj, fra 2000 Kcm. til 3200 Kcm.; fra da af tog den af og holdt sig omtrent på normal Höjde eller lidt derunder. Vägtfylden var, så länge Diuresen var höj, meget lav, i Begyndelsen af Opholdet endog kun nogle få Grader over 1000, senere lidt höjere (1006—1008). Urinen var lys, let uklar, nästen uden Bundfald. Den indeholdt ligesom tidligere Albumin, ikke meget, fra  $\frac{3}{4}$  ‰, stigende henimod Slutningen af Livet til 3½ ‰. En enkelt Gang fandtes lidt pus, aldrig Blod eller Sukker. Mikroskopisk fandtes i det meget ringe Bundfald et forholdsvis stort Antal af kornede Cyliindre og enkelte hvide Blodlegemer. Ödemeerne af Födderne bleve henimod Sygdommens Slutning temmelig stærke.

Under stigende Debilitet döde hun d. 27de Oktober 1893, altså et År efter Sygdommens Begyndelse.

*Obduktion* blev af mig foretagen omtr. 24 Timer efter Döden.

Liget var yderst magert og anämisk. Thorax var deform, stærkt affladet forfra bagtil; dens Forflade var uregelmæssig bugtet, øverste Del af sternum og de tilstødende costæ stærkt indsunkne, nederste Del stærkt fremdreven og med den de tilstødende Kostalbrusk. Denne Fremdrivning svarede til Hjärtets Plads og skyldtes sikkert dette. Hele Brystkassen var så eftergivelig, at den gav efter for let Tryk, og så skör, at man med Lethed kunde frakturere Ribbenene. Bækkenet kunde trykkes sammen fra Side til Side i flere Tommers Udstrækning; det skyldtes et Brud af ramus horizontalis pubis på venstre Side, hvilket Brud, efter alt at dømme, var opstået efter Döden ved Ligets Transport. Der var god Fasthed af de lange Knogler og af claviculæ; ingen af dem var fraktureret. Ansigtets Knogler vare også faste. Theca cranii var blödt og skört. Ved Forsöget på at löse det fra dura mater skilte det ad i to Dele, et Lag bestående af lamina externa, der var så tynd som en Äggeskal, tillige med et blödt, centimetertykt Lag af et höjrrödt, pulpöst Väv, närmest lignende Granulationsväv, og et andet Lag, bestående af den ligeledes papirtynde lamina vitrea tillige med dura mater. Fra bägge Benskallers indvendige Flader strakte der sig tynde Bennåle og Benbjælker ind i den pulpöse Masse. Fjärnedes Granulationsvävet, sås Benet ligesom afgnavet, korroderet. Enkelte Steder var Benvävet totalt forsvundet, og her fandtes kun en glasklar Hinde. I den röde Granulationsmasse fandtes talrige fastere, hvide Knuder af Störrelse som Hampekorn og lidt derover. Forreste Hjärnegrubes Bund var ret fast, derimod var Benvävet i mellemste Hjärnegrube mört og knagede under Fingertryk. Yderste Spids af venstre pars petrosa var infiltreret med den samme pulpöse Masse som ovenfor beskrevet. Resten af pars petrosa var fast; men Benvävet var stærkt rareficeret.

*Costæ* viste lignende Forandringer som ovenfor beskrevet, de klippedes igennem så let som et Halmstrå og bestod af en papirtynd Benskal, omsluttende den höjrröde, pulpöse Marv. Også her fandtes talrige Smådefekter i Benskallen, gennem hvilke den röde Marv skinnede frem.

I *claviculæ* var Benskallen forholdsvis tyk, men dog meget tyndere end normalt, selv ved senil Rarefikation.

*Bækkenet* viste ikke de typiske Deformiteter. Derimod var der en stærk Indadpresning af os coccygis og den nederste Del af os sacrum. Samtlige Bækkenknogler lod sig med Lethed skäre med Kniv. Bygningen den samme som i *costæ*.

*Hvirvelsøjlen* viste en betydelig Kyfose og Skoliose med Konvexiteten til höjre. Corpora vertebrarum vare så möre, at man med Lethed skar tynde Skiver ud af dem. Også de bestod af en tynd Benskal, omsluttende en röd Marvsubstans med enkelte Benråde og Benbjælker. Her fandtes lignende hvide, faste Knuder som i theca, enkelte meget store.

Af Skelettets övrige Dele eftersås end videre höjre *Overarm*. Benskallen var i Skaftet på Gränsen mellem den øverste og mellemste Tredjedel 1—2 Mm. tyk og omsluttende lignende röd Marv som de andre Ben. Den indvendige Kontur af Benskallen var uregelmæssig bugtet, Granulationsmasserne gravede sig på mange Steder dybt ind i

den, ja gennemborede den endog på enkelte Steder helt ud til Periost, dog kun i højest et Sennepskorns Omfangs Udstrækning. Caput humeri var ret fast, men Benmassen dog rarefieeret. Marven var her gullig, fedtholdig.

*Håndrodsknoglerne, Mellenhåndsbenene, extremitas inferior ulnae og radii* alle faste, naturlige.

*Periost* løstes på de angrebne Knogler med Lethed; men der fandtes ingen eller kun ubetydelige Blodudtrængninger i det. Ej heller var der makroskopisk synlige Blødninger i de angrebne Knoglers Marv. Den periostale Flade af Knoglerne var glat. De *åbne Led* vare naturlige.

Af det øvrige Obduktionsfund skal blot anføres, at *højre Nyre* var knap hønseægstor og dannede en multilokulær Kyste, hvis Vægge vare opbyggede af kun en tynd fibrøs Hinde og tunica adventitia. Ved Nyrens øverste Ende var der en smule skrumpet Nyrevæv, hvis Struktur var næsten ukendelig. *Venstre Nyre* var omtrent dobbelt så stor som normalt og angreben af parenkymatøs Nefrit med lette Tegn på sekundær Skrumpning.

*Binyrerne* naturlige. Der var parenkymatøs Degeneration af Myokardiet og let Arteriosklerose. Milten var lille og atrofisk.

Der kan vel ikke være nogen Tvivl om Tilfældets Natur. Skelettets Tilstand er talende nok. Også de kliniske Symptomer passe godt med det Billede, der er givet af Osteomalacien: det subkroniske Forløb med stadig Fremadskriden, de hæftige revmatoide Smerter i hele Kroppen, den rapide Aftagen af Kræfterne og Udueligheden til at holde sig på Benene, Æmhedden af Krop og Lemmer, Afnagringen og Deformiteterne ere alle typiske Symptomer. Disse sidste vare dog ikke så stærkt udtalte, og netop det var Grunden til, at vor Opmærksomhed ikke blev henvendt på Skelettet.

Kyfosen var ikke større, end man ofte finder den hos Individer med førtidig Senilitet, og Deformiteten af thorax var, om end ejendommelig, når den ses i Belysning af Sektionsresultatet, ikke så påfaldende, fordi Deformiteter af den nederste Del af sternum og de nederste Ribben ere så overordentlig hyppige hos ældre Kvinder af samme Samfundslag som Patientten. Der manglede her et væsentligt Symptom, nemlig Frakturerne, enten spontane eller fremkaldte ved urimelig lille Vold. Imidlertid burde hendes fuldstændige Uduelighed til at holde sig på Benene, den svære diffuse Æmhed og de svære Smerter have henvendt vor Opmærksomhed på Skelettets Tilstand, da det øvrige Bevægeapparat, Nerver og Muskler, ikke afgav tilstrækkelig

Forklaring, og det må også være disse 3 Symptomer, man må fastholde, når man skal håbe at kunne stille en tidlig Diagnose.

Der er et Symptom, som i den første Del af Sygdommen var stærkt ndtalt, det var den stærke Tørst og den høje Diuresis. Opmærksomheden har altid været henvendt på Diuresen, fordi man selvfølgelig måtte vente, at Organismen befriede sig for de uorganiske Bestanddele, der forsvandt fra Skelettet, gennem Nyrene.

Ved Urinundersøgelserne har man navnlig haft Fosfatudskilningen og Kalkens samt de andre mineralske Uribestanddeles Mængde for Øje. Resultaterne af de ikke få Undersøgelser, der ere gjorte, have været varierende. Fosfaterne vare i et af MACENTYRE og i 2 af SOLLY<sup>1)</sup> meddelte Tilfælde forøgede. BENICE JONES angiver nærmere, at Forøgelsen skyldtes de alkaliske Fosfater, ikke Jordalkalierne.

Mange senere Forfattere have refereret lignende Iagttagelser. LITZMANN<sup>2)</sup> taler om et hvidt, kridtagtigt Urinsediment, som opløste sig i Syre under stærk Opbrusning. WEBER<sup>3)</sup> meddeler lignende Fund.

I LANGENDORFFS og MOMMSENS Afhandling<sup>4)</sup> findes en Fortegnelse over en hel Række af slige Iagttagelser, mere og mindre pålidelige.

I Modsætning hertil står en Række omhyggeligt undersøgte Tilfælde af SPIELMANN og HEPP,<sup>5)</sup> af PAGENSTECHEK,<sup>6)</sup> hvor Urinens Saltmængde var formindsket og Vægtfylden lav og Farven bleg. Videre 3 Tilfælde, undersøgte af MOERS og MUCK,<sup>7)</sup> hvor der ikke var nogen Forøgelse af Kalksaltene. LANGENDORFF og MOMMSEN fandt endelig, at Fosforsyren i Urinen aldrig var forøget, oftere derimod formindsket, og at hverken Askebestanddelene eller Kalkmængden afveg væsentlig fra det normale. Urinens Udseende var veksellende, snart klar og dilueret, snart tyk og koncentreret.

Hos vor Patient kan der umulig have været nogen Forøgelse af Saltmængden, hverken absolut eller relativt.

<sup>1)</sup> Med. Chir. Transactions, Vol. 27. Ref. i Edinb. med. & surg. J. 1850.

<sup>2)</sup> Die Formen des Beckeaus. Berlin 1861.

<sup>3)</sup> Virch. Archiv, Bd 38.

<sup>4)</sup> Beiträge z. Kenntniss der Osteomalacie. Virch. Arch., Bd 69.

<sup>5)</sup> Allgem. Chir., 6 Aufl. Ref. efter LANGENDORFF og MOMMSEN.

<sup>6)</sup> Monatsschrift f. Geburtshülfe, XIX. Referat s. St.

<sup>7)</sup> Deutsches Arch. f. klin. Medic., V. 1869.

Urinen hos vor Patient indeholdt *albumen*. Det var den sædvanlige Serumalbumin. Jeg bemærker det udtrykkeligt, fordi der i MACINTYRES, LANGENDORFFS og MOMMSENS Tilfælde fandtes en Substans, der efter Beskrivelsen må have været en Art Hemialbumose eller Propepton.

Der er ingen Grund til nærmere at gå ind på Spørgsmålet om Mælkesyres Tilstedeværelse i osteomalaciske Patienters Urin.<sup>1)</sup> Jeg kan ikke selv oplyse noget derom, og Spørgsmålet har ikke stor Betydning, da Mælkesyre også kan findes i normal Urin.

Deformiteterne hos min Patient fortjæne en nærmere Omtale. For det første har jeg intet andet Sted set omtalt, at sternum og Ribben således stöbte sig i Form over Hjærtet. — Videre var Båkkendeformiteten til Trods for, at Sygdommen var så vidt fremskreden, at man med Lethed skar Skiver ud af Benet, alt andet end typisk.

VOLKMANN<sup>2)</sup> mener, at den typiske Korthjærteform af Båkkenet fremkommer derved, at Patienterne, når de komme til at ligge, på Grund af Ömfindtligheden (!) ere fordömte til vedvarende Sideleje, snart på den ene og snart på den anden trochanter.

I vort Tilfælde lå Patienten stadig på højre Side, og til Trods derfor trykkedes Båkkenet ikke ind.

Som sædvanlig i de ikke puerperale Tilfælde,<sup>3)</sup> bredte Sygdommen sig over største Delen af Skelettet. At Kraniet også var angrebet, anses for en Sjældenhed.<sup>4)</sup> Benskallerne vare her så tynde, at, om man var bleven opmærksom derpå i levende Live, måtte de have kunnet trykkes ind ved Fingertryk.

Sygdommens Ätiologi er endnu en Gade. De ätiologiske Faktorer, som man har opstillet, slå alle Klik i vort Tilfælde. Patienten var nde over den forplantningsdygtige Alder. Hun havde boet på en 4de Sal i Falkoneralleen, altså ikke i en Bolig, fngtig og usund som de, hvori den fattige Landbefolkning i Rhinlandene, hvor Sygdommen er endemisk, lever, og

<sup>1)</sup> MOERS og MUCK, s. St. LANGENDORFF og MOMMSEN, s. St.

<sup>2)</sup> PITHA-BILLROTH, II. 2. S. 347.

<sup>3)</sup> VOLKMANN, s. St.

<sup>4)</sup> ROKITANSKY: Lehrb. d. spec. path. Anat. 1856, II, S. 139. — FOERSTER: Handb. d. spec. path. Anat., S. 659 og fölg.

som har fået Skyld for at fremkalde Sygdommen. Ej heller havde hendes Føde været ensidig, utilstrækkelig eller slet, — det 3dje ätiologiske Moment, man har opstillet.

Af C. SCHMIDT <sup>1)</sup> og OTTO WEBER <sup>2)</sup> er den Teori opstillet, at Blödheden af Skelettet skulde skyldes en abnorm Syredannelse i Organismen, specielt Mälkesyredannelse i Benmarven, og disse Forfattere have uddraget Mälkesyre af de malaciske Knogler. Det ene af de af WEBER undersøgte Lig kom ham först i Hände 6 Dage efter Döden, efter at der var dissekeret en Del på det. Der kan og er sikkert sket så mange Omsætninger i dette Kadaver, at Världen af WEBERS Undersögelser synker stærkt.

Om Friskheden af de andre Lig vides intet. Men desuden falder Teorien til Jorden derved, at disse Fund ikke ere bekräftede af senere Undersögere. VIRCHOW f. Ex. fandt, <sup>3)</sup> at den Vävssaft, der flöd ud af Marven i rigelig Mängde, var alkalisk. En Stötte finder denne Teori derved, at en Mängde Forskere ved den histologiske Undersögelse af Knoglerne have fundet, at *Benvävet afkalkes*, för det resorberes. Man finder samstemmende Angivelser herom hos alle Forfattere indtil 1877, således hos ROKITANSKY, <sup>4)</sup> ROLOEF, <sup>5)</sup> RINDFLEISCH, <sup>6)</sup> CORNIL & RANVIER, <sup>7)</sup> ZIEGLER <sup>8)</sup> og mange flere. Alle angive, at der udenom det kalkholdige Benväv findes en kalklös Zone, der af dem alle kaldes en Zone af osteoid Väv. Denne Zone fölger som en Brämme langs med Marvrummene, og ingen af disse Forfattere er i Tvivl om, at dens Existens skyldes en *Afkalkning*. Sem Reagens anvendte de alle det neutrale Karmin, der anses for at have den Egenskab at farve det osteoide Väv, men lade det kalkholdige forblive ufarvet.

Indtil dette Tidspunkt syntes alt let forklarligt. Der forelå en *simpel kemisk Proces*, en progredient Afkalkning af Benvävet, der efterfulgtes af en Resorption af det afkalkede Väv. Da den afkalkede Zone lå op til Marvrummene og fulgte

<sup>1)</sup> Ann. d. Chemie u. Pharmacie, Bd 61 (i Fölge ZIEGLER, p. p.)

<sup>2)</sup> Virch. Arch., Bd 38.

<sup>3)</sup> Ueber parenchymatöse Entzündung. Virch. Arch., Bd 4.

<sup>4)</sup> S. St.

<sup>5)</sup> Virch. Arch., Bd 37. Ueber Osteomalacie und Rachitis.

<sup>6)</sup> Lehrb. d. patholog. Anatomie.

<sup>7)</sup> Manuel d'histologie pathologique.

<sup>8)</sup> Lehrb. d. patholog. Anatomie.

disses Konturer, og da den kemiske Undersøgelse, i alt Fald i en Del af Tilfældene, havde ladet Undersøgerne finde Mælkesyre i Marven, var det naturligt, at man gav den syreholdige Marv Skylden for Benvævet's Afkalkning. Det er RINDFLEISCH, som utvetydig udtaler denne Mening; ganske vist adopterer han ikke Mælkesyreteorien, men opstiller en ny Teori om, at Marvens Blod er overfyldt af Kulsyre, og at denne Kulsyre afkalker Benvævet (!).

Om Måden, hvorpå den endelige Resorption af det afkalkede Benvæv foregår, ere dette Tidsrum's Forfattere derimod ikke så enige.

RINDFLEISCH<sup>1)</sup> udtaler blot, at det afkalkede Benvæv smelter hen og forsvinder for Øjet, idet det omdannes til en slimet Materie, der blander sig med Marvrummets Indhold og måske spiller en Rolle ved Dannelsen af de forstørrede Marvrums Marv. Som man let ser, en histologisk Udvikling, der intet forklarer.

ROKITANSKY<sup>2)</sup> siger, at Benmassen omdannes til trådet Bindevæv.

VOLKMANN<sup>3)</sup> siger, at det afkalkede Benvæv falder hen i en enten fint kornet eller trådet Masse, der enten fortrænges af den hypertrofierende Marvs Elementer eller direkte omsætter sig til Marv, et histologisk Spørgsmål, som han ikke mener er modent til Afgørelse endnu. Forandringer i Knoglelegermerne ere ikke konstante, medens de i andre Tilfælde ere forstørrede og deres canaliculi radiati dilaterede, endog for Afkalkningen er begyndt.

ZIEGLER<sup>4)</sup> omgår helt Spørgsmålet. Han siger, at i den osteoide Zone er Knoglens Grunds substans snart fint kornet, snart groft trådet, og ikke sjældent ser man den lamelløse Struktur bevaret og Lameltegningen fortsatte sig over i de endnu kalkholdige Lameller. En Del af Benlegermerne ere bevarede, en Del forsvundne eller danne kun små ovale Huller uden tydelige Udløbere.

CORNIL & RANVIER<sup>5)</sup> sige, at man endnu ikke har fundet nogen tilfredsstillende Forklaring af Resorptionen af det afkalkede Væv.

<sup>1)</sup> S. St., S. 538 ff.

<sup>2)</sup> S. St., II, S. 139.

<sup>3)</sup> S. St., S. 345.

<sup>4)</sup> S. St.

<sup>5)</sup> S. St., S. 434 f.



ROLOFF,<sup>1)</sup> der tydelig beskriver Billeder, der kun kunne tydes som en Forstørrelse og Forøgelse af Benlegemerne i de osteoide Partier, mener, at det osteoide Væv omdannes til Marv-væv, at Benlegemerne blive Marvceller, og at Forøgelsen af Marven skyldes dette Forhold.

FÖERSTER,<sup>2)</sup> der ikke meddeler nogen Iagttagelse af en osteoid Zone, siger, at Benlegemerne ere forstørrede og deres Udløbere udvidede ved Svind af de omgivende Benlameller, så at det er tydeligt, at Svindet af Knoglen udgår fra Benlegemerne.

En Beskrivelse, der meget ligner FÖERSTERS, giver DALRYMPLE<sup>3)</sup> (MACINTYRES Tilfælde), ja det synes næsten, som om FÖERSTERS Beskrivelse er støttet til DALRYMPLES.

Trods de mange Forskelligheder i Opfattelsen af denne Resorptionsproces, er der dog Enighed i den Henseende, at alle Iagttagerne stille den osteomalaciske Knogleresorption i Modsætning til alle andre under normale og patologiske Tilstande forekommende Resorptionsprocesser i Knoglen, under hvilke Svindet af de organiske mineralske Bestanddele altid foregår samtidig, ved *lakunär Resorption* [Dannelsen af HOWSHIPS Lakuner ved Myeloplax-(KÖLLIKERS Osteoklaster) Virksomhed]. Kun ZIEGLER mener, at i sjældne Tilfælde forbinder den lakunäre Resorption sig med en primär Afkalkning (Halisteresis ossium) ved de atrofiske Processer i Knoglerne.

*Benmarven* var i de forskellige undersøgte Tilfælde af Osteomalaci forskellig, og den enkelte Forfatters Mening påvirkedes naturligvis af det, han netop havde set. Marven beskrives snart cellerig og sammenlignes da, som allerede VIRCHOW havde gjort det, med den fötale Marv. Videre omtales slimet Marv, der ligner corpus vitreum (VOLKMANN), og endelig Marv, der kun lidet afviger fra den normale. VOLKMANN søgte at forene disse Iagttagelser til en Enhed ved at opfatte de forskellige Fund som Udtryk for forskellige Stadier af Sygdommen.

I det hele ser man, at trods den tilsyneladende Klarhed, der indtil da hvilede over Opfattelsen af Sygdommens histologiske Genese, var der dog meget store Divergenser i Enkelt-

<sup>1)</sup> S. St., S. 445 f.

<sup>2)</sup> Handb. d. pathol. Anat., S. 659.

<sup>3)</sup> Observations on the minute Anatomy of the bones in a case of mollities ossium as revealed by the microscope. Edinb. med. & surg. Journ., Vol. 74. 1850.



hederne. Stærkt gør dette sig gældende hos MOMMSEN.<sup>1)</sup> Han opponerer mod Almengyldigheden af den RINDFLEISCHSKE Lære og meddeler, at han i det af ham undersøgte Tilfælde (en midaldrende Mand, hos hvem Sygdommen havde et kronisk Forløb gennem 5 År) ganske vist på mange Punkter fandt en karminresorberende Zone, men langt fra af den Mågtighed, som RINDFLEISCH angav; andre Steder manglede den, og en glat ufarvet Benmasse lå op mod Marvhulen, kun hist og her udgravet af en HOWSHIPS Lakune.

Så sker i Slutningen af 70'erne det mærkelige, at COHNHEIM i sin bekendte allgemeine Pathologie<sup>2)</sup> under Omtalen af Osteomalacien og dens Forhold til rachitis, skönt han *aldrig havde haft Lejlighed til at undersøge noget Tilfælde af Osteomalaci*. bestemt udtaler sig mod Afkalkningsteorien. Han siger (S. 609 ff.): Til en sådan Afkalkning hører en fri Syre — som aldrig kan existere, så sandt som Blodet og Transsudater i det levende Væv aldrig blive sure. Det er heller ikke den Måde, Naturen bruger til Knogleresorption. Den trækker ikke først Saltene ud og opløser Grundsubstansen bag efter. Nej, hvor Benvæv resorberes, opstå HOWSHIPS Lakuner udfyldte med osteoklastiske Kämpeceller. De finere Enkeltheder af denne Proces ere ganske vist endnu fuldstændig ukendte; men i ethvert Tilfælde dannes der på intet Tidspunkt kalkfrit, osteoid Væv. *De osteoide Zoner* kunne derfor efter min Mening kun være *dannede ved Apposition*. At der stadig afsættes, nydannet Benvæv i Knoglerne, i alt Fald ind i den kraftige Mandsalder, er en sikker Kendsgerning. Det ejendommelige for Osteomalacien må da være, at der i Steden for regelret Benvæv aflejres Benvæv uden Kalksalte, d. e. osteoid Væv. (Grunden til dette søger C. i Kalkfattigdommen i Føden, Svangerskabets Kalkforbrug o. s. v., altså de gamle, vel kendte Teorier.)

Det var intet Under, at denne slænde Udvikling fandt Anklang.

I KASSOWITZ's store Værk om den normale Ossifikation<sup>3)</sup> stiller Forf. sig ganske på det COHNHEIMSKE Standpunkt og mener at kunne give det histologiske Bevis for Rigtigheden

<sup>1)</sup> S. St., S. 477.

<sup>2)</sup> Vorlesungen der allgemeinen Pathologie. Berlin 1877 (2den Udgave, som jeg har benyttet, udkom 1882).

<sup>3)</sup> KASSOWITZ: Die normale Ossification. Wien 1881—85.

deraf, skönt han foruden den lakunære Resorption også må opstille en »lineær» Resorption, ved hvilken Resorptionen foregår efter en blødt svungen Linje. Nærmere Forklaring af denne Resorptionsmåde giver han ikke. Ej heller går han nærmere ind på det ret mærkelige Postulat, han opstiller, at der i Sygdommens første Stadier kun finder Resorption Sted og først, når Knoglens Struktur er undergravet, en Apposition af Benvæv, som ikke forkalker.

Nu ser man i den følgende Tid Appositionslæren mere og mere vinde Overhånd, indtil den kulminerer i POMMER<sup>1)</sup> betydelige Monografi.

POMMER har gjort meget udstrakte histologiske Undersøgelser, ikke alene af osteomalaciske og rakitiske Knogler, men også af normalt og atrofisk Knoglevæv. Hans Ord have derfor stor Vægt, og jeg må gå nærmere ind på hans Fremstilling af det histologiske Fund og på hans Teorier.

Som Fundament for sin Lære om den patologiske Knogleresorption opstiller POMMER den Teori, at Ossifikationen normalt sa vel i Barnealderen som i den voxne Alder altid går for sig på den Måde, at der først apponeses kalkløst Væv, som derpå, ved at optage Kalksalte, forbener. Denne Lære er Stik imod alle tidligere Meninger, der antog, at Knoglens organiske og uorganiske Bestanddele aflejredes samtidig. Knogleresorptionen, mener han, sker altid enten ved lakunært Svind eller ved Dannelsen af perforerende Kanaler (han protesterer mod de »glatte» Resorptionsfladers Realitet og tyder dem som Appositionsflader).

POMMER har i de af ham undersøgte ret talrige Tilfælde af Osteomalacæi fundet tydelige kalkløse Zoner og Partier, dels af lamelløs Struktur, dels fibrillært byggede med parallelle Fibriller, dels af den ejendommelige Bygning, som v. EBNER<sup>2)</sup> kalder »geflechtartig» (sammenfiltret), og som han anser for ejendommelig for juvenilt Benvæv. Han beskriver videre, at disse kalkløse Partier ofte begrænses af en tydelig lakunær Resorptionslinje i det kalkholdige Væv, eller at de langs med Begrænsningslinjerne til de kalkholdige ofte vise en grovkornet Struktur, som han anser for begyndende Forkalkningsresultat. Videre beskriver han en lignende, kornet eller brokket Byg-

<sup>1)</sup> G. POMMER: Untersuchungen über Osteomalacie und Rachitis. Leipzig 1885.

<sup>2)</sup> v. EBNER: Der feinere Bau der Knochen. Sitzungsber. d. Akademie der Wissensch. zu Wien, Bd 72.

ning af det kalkholdige Væv midt inde i Benvævet, især langs med Interlamellärlinjerne. Han finder også forkalkede Partier midt inde i det juvenile (sammenfiltrede) Benvæv og Forkalkninger om Benlegemerne. Endelig beskriver han Osteoblastlag langs med den kalkløse Substans. Og til alle disse Forhold støtter han sig, når han (S. 106) resumerer sin Opfattelse:

»De histologiske Billeder finde en tilfredsstillende Forklaring, når man antager en Proces, ved hvilken Forkalkningen af den nydannede Knoglesubstans udebliver mere eller mindre fuldstændig. Der gør sig altså ved Osteomalacien Forhold gældende, som virke hæmmende på Aflejringen af Kalksaltene.»

Jeg må på dette Standpunkt allerede gøre nogle Indvendinger mod den Måde, hvorpå han kommer til dette Resultat. For det første benytter han i stor Udstrækning en delvis Afkalkning af Knoglerne i Müllers Vædske. Mange af hans Beskrivelser minde slående om de Billeder, som APOLANT<sup>1)</sup> giver af Arrosionspræparater af Slibesnit med svage Syrer. For det andet ere en stor Del af hans Undersøgelser støttede til fuldt afkalket Benvæv med efterfølgende Færvning i meget svage Anilinfarveopløsninger. Han påstår, at han derved kan opnå en Differentiering mellem det ab ovo kalkløse Væv og det kunstigt afkalkede. Tvivlsomme er mildest talt altid slige Metoder. Vanskeligt er det at levere et overbevisende Bevis for Rigtigheden. Jeg har ikke kunnet kontrollere Resultaterne, da POMMER forlanger, at Bendelene ikke må have været opbevarede længe i Alkohol og skulle afkalkes på en bestemt Måde. Forsøg, jeg har gjort med Metoden, således som RIBBERT<sup>2)</sup> har modificeret den, mislykkedes. For Nøjagtighedens Skyld må jeg dog anføre, at han også har benyttet Slibepreparater, men, som det synes, kun i ringe Udstrækning.

Den hårdeste Anke mod POMMERS Resultater synes mig at måtte søges deri, at han kun har fundet de beskrevne Forandringer ret ndtalte i Nærheden af Frakturer og Infraktioner på Knoglerne (S. 112—113). Videre deri, at en stik modsat Tydning af de af hans Fund, som han tyder som begyndende Forkalkning af apponeret kalkløst Væv, ikke er udelukket af de histologiske Billeder, og endelig, at hans Definition af Osteo-

1) APOLANT: Ueber die Resorption v. Knochengewebe o. s. v. Virchows Archiv Bd 131, S. 40.

2) RIBBERT: Anatomische Untersuchungen uber die Osteomalacie. Bibliotheca medica. Cassel 1893.

blaster synes at være så rummelig, at han kun vil få de færreste til at gå med til den (S. 117 ff.).

En mindst lige så vægtig Anke rejser sig af sig selv mod P:s Lære, når man går over til hans Fremstilling af Knogle-resorptionen. Han anerkender kun to Former af den, ligesom COHNHEIM: den lakunære Resorption og Dannelsen af VOLKMANNske Kanaler (S. 117 ff. og S. 126 ff.). Om den første siger nu Forfatteren selv, at den påfaldende hyppig findes i Nærheden af Frakturer og Infraktioner. Ser man på hans Afbildinger, studser man ikke sjældent over de Formationer, han regner med til de lakunære Gruber; ofte er det kun fladt bugtede Linjer. — De perforerende Kanaler skænker han en meget indgående Omtale; han mener at kunne levere Bevis for, at de efter at have nåt en vis Vidde belægge sig med kalkløst Væv, der endog kan obliterere dem. Men desuden finder han VOLKMANNske Kanaler, der omgives af kalkløst Benvæv, som umiddelbart fortsætter sig over i kalkholdige Lameller. Han nødes da her til at antage, at der foreligger Resultatet af en Afkalkning, og må derfor (S. 132) modifilere sin Lære således: Osteomalacien er en Proces, ved hvilken Forkalkningen mere eller mindre fuldstændig udebliver, og ved hvilken der lokalt eller temporært forekommer en Afkalkning af det kalkholdige Væv.

Således var altså Stillingen i 1885. Selv den mest energiske Tilhænger af den COHNHEIMske Lære måtte til en vis Grad akceptere den så hidst bekämpede Afkalkningsteori. Spørgsmålet var stadig sub judice.

Til Belysning af Osteomalacien var der naturligvis allerede længe draget Sammenligninger med rachitis. Nu så man sig om efter beslægtede Lidelser i Skelettet og drog da frem en allerede af CZERNY 1873 beskrevet, men egentlig først af J. PAGET 1877 nøjagtig bestemt Sygdom: *osteitis deformans*, hvis patologiske Billede sammensattes af Hyperostose, Osteoporose, Osteomalaci og Forkrumbninger af de angrebne Skeletdele.<sup>1)</sup> Man søgte efter Appositions- og Destruktionsprocesser her og sammenlignede dem med Osteomalacien. Udslaget af denne Sügen blev v. RECKLINGHAUSENS smukke Arbejde: Ueber Osteitis, Osteomalacie und osteoplastische Carcinose i Festskriftet til Äre for RUD. VIRCHOWS 71-årige Födelsedag.

<sup>1)</sup> J. PAGET: Med. chir. Trans. 1877, IX; 1882, LXV. — Den øvrige Literatur findes udførligt omtalt og anført i v. RECKLINGHAUSENS nedenfor nævnte Værk.

V. RECKLINGHAUSEN, der som alle Forfattere siden 1875 var stærkt påvirket af V. EBNERs geniale Fremstilling af Benvävet Bygning, indså, at der måtte søges efter nye Undersøgelsesmetoder, og med et heldigt Greb udfandt han en Metode, ved hvilken det lykkedes ham at fylde dels Benlegemerne og deres Udløbere, dels Benvävet allerfineste interfibrillære Spalter med Luft og således gøre dem synlige. Man indser let den vidtrækkende Betydning af denne Opfindelse. Sker der virkelig en Undergraving af Benvävet gennem en Opløsning og Opsugning af Kalksaltene, må det minus, der herved virker, rimeligvis vise sig i Benvävet ved Spalter og Defekter. I alt Fald må dette være Tilfældet, når Präparaterne tørres helt ud, samtidig med, at de gennemtrænges af Luften, hvilket er Tilfældet med den ene af de af V. RECKLINGHAUSEN anvendte Metoder. Man får altså så direkte Billeder af Destruktionen som vel mulig. Desuden benyttede V. R. til Fremstilling af Fibrillerne i det afkalkede Benväv en meget god Modifikation af de V. EBNERske Metoder.

Ved Luftinjektionen viste der sig nu i Benvävet et tæt Net af de allerfineste Kanaler, V. RECKLINGHAUSENS »Gitterbilleder«, som han (S. 43) opfatter som *Interfibrillärrum* og identificerer med den Stribning, som V. EBNER fandt i udglødet Benväv. Han mener, at den Omstændighed, at de lade sig påvise i Benväv, der ikke er underkastet denne Procedure, afgiver Bevis for, at de er præformerede, med Vädske fyldte Rum, der efter alt at dømme må ligge mellem Benvävet Fibriller i Kitsubstansen. Gitterbillederne fandt han aldrig udbredte over hele Knoglesnittet. Med størst Sikkerhed fandtes de på de Steder, der lå op til de kalkløse Brämmer, *kun sjældent der, hvor lakunär Resorption fandt Sted*. Der fandtes tydelig Anastomosering mellem disse Gitterkanaler og Benlegemernes Udløbere, og de første anser han sikkert for Afføddninger af de sidste. I Væggene af de VOLKMANNske Kanaler vare Gitterbillederne meget tydelige. I de kalkløse Zoner manglede Gitterbillederne fuldstændig. Benlegemerne vare her endnu tydelige, om end afblegede; men Luften trængte ikke ind i dem, selv om også deres Naboer i den kalkholdige Benmasse vare stærkt luftfyldte. Forbindelsen mellem dem var altså op hævet; eller rettere, Forfatteren fandt ingen Udløbere i den kalkløse Substans, kun korte Rudimenter. Forfatteren mener derfor, at Benlegemerne sluttelig svinde bort i den kalkløse

Substans, og at Benvævet Grundsubstans sintrer sammen til en fuldstændig hyalin Masse.

V. RECKLINGHAUSEN tyder alle disse Forhold således: De udsige, at der finder en *Resorption* Sted af Knoglevævet, og at den kalkløse Substans er Resultatet af en regressiv Metamorfose og ikke Produktet af en Nydannelse. Den hyaline Brømme undergår en Resorption fra Marvhulen af, men resorberes ingenlunde ad den regelmæssige lakunære Resorptionsvej; hyppig er derimod Resorptionen forbunden med Dannelsen af VOLKMANNske Kanaler.

Disse Resultater gælde patologisk forandret Knoglevæv i Almindelighed. Hvad specielt Osteomalacien angår, var hans Resultater følgende: De kalkløse Zoner (Karminzoner) vare ikke overalt ens. Han fandt en bestemt Modsætning mellem Partier, der vare stribede eller kornede, og Partier, der vare homogene. De homogene lå nærmest ved Marven, de kornede op til Knoglen. I disse kornede og stribede Partier kunde fremstilles tydelige Interfibrillærrum, og i den Del af Knoglen, som løb koncentrisk med Marven og endnu var kalkholdig, fandtes de skønneste Gitterbilleder, der ofte sammensattes af Rækker af forstørrede Benlegemer. Når Luften var svunden bort, sås både de Steder, hvor Gitterbillederne havde vist sig, og den tilstødende Del af den kalkløse Zone *kornet*, medens den største Del af den kalkløse Zone var fuldstændig homogen og kun indeholdt rudimentære Benlegemer med blege Konturer.

Gitterbillederne optræde ganske vist først og fremmest på Grænsen mod den kalkløse Zone; men de tilhøre dog den kalkholdige Benmasse og findes ofte midt inde i Axen af Benbjælkerne, navnlig i det spongiøse Benvæv. *Karmintinktion og Gittertegnning kongruere derfor langt fra altid, og mange af disse axiale gittertegnede Partier sås at træde i Forbindelse med Marvrømmene, og man så Marvcellerne trænge ind i dem.*

V. RECKLINGHAUSENS Opfattelse af Osteomalaciens Genese er da følgende: Den begynder i det færdige Benvæv med Dannelsen af Kanaler og Spalter i den faste Grundsubstans, altså med et *Swind* af denne, først og fremmest af *Kitsubstansen* mellem Fibrillerne. Senere kunne Fibrillerne falde hen eller en Afsmeltning af Knoglebrusken finde Sted Skridt for Skridt. Processen, der begynder inde i Benmassen *uden nogen aktiv Celledelingsproccs*, uden nogen Kommunikation med Marvrømmene, antages af Forfatteren at bero på en *kemisk Virkning*

af de gennemstrømmende Værssafter. Lakunært Svind og Osteoklaster fandt han ikke hyppigere i osteomalacisk Benvæv end ved almindelig Knoglevæxt.

Forfatteren anser de nye interfibrillære og interlamellære Resorption for karakteristisk for Osteomalacien, når den optræder i stor Udstrækning, og når Gitterbillederne optræde midt inde i det kalkholdige Væv. Han argumenterer mod Appositionslæren: Det juvenile Benvæv er meget rigt på Benlegemer og Benkanaler; men i det osteoide Væv ere Benlegemerne få, deres Udløbere rudimentære, deres Kärner lade sig kun vanskeligt farve, og dette tyder snarere på en regressiv Metamorphose end på en juvenil Udvikling.

V. RECKLINGHAUSEN er dog ikke nogen absolut Modstander af Appositionslæren. Han mener, at ganske vist er største Delen af den osteoide Zone Resultatet af en regressiv Metamorphose; men på den anden Side må en Del af »Karminzonerne» bestemt betegnes som ægte osteoid Væv, der er i Færd med at forkalke. Som afgørende Kendetegn fandt han perforerende SHARPEYS Tråde. Det nydannede Væv var »lamelløs Faserknochen». End videre fandt han andre Partier, som han også mente måtte opfattes som nydannet Benvæv. Der var Partier, der allerede makroskopisk viste sig som groft porøse, fortættede Steder i Benet. Her kunde han påvise ungt fiberholdigt Benvæv og Bjælker af osteoid Væv med en Rigdom af Benlegemer i regelløs Anordning, som netop er Kendetegnet for de alleryngste Benvævslag så vel ved patologisk som fysiologisk Knoglenydannelse. Dertil kom, at Benmarven her var Lymfemarv eller fibrillær Marv, men ikke Fedtmarv. *I disse Partier lod Gitterbilleder sig ikke påvise.*

Som man ser af denne Oversigt over den skiftende Opfattelse af Sygdommens Patogenese, ere Meningerne langt fra endnu komne til Ro. Den ældre Tids Afkalkningsteori, der syntes slået til Jorden under COHNHEIMS Killeslag, levede under V. RECKLINGHAUSENS solide og smukke Undersøgelser op igen, — og disse Undersøgelser, der ere baserede på Metoder, der synes at være uangribelige, veje stærkt i Vægtskålen.

Skal man have noget Håb om at nå til at helbrede denne hidtil så godt som uhelbredelige Sygdom, må man have fast Grund under Fødderne for den patogenetiske Opfattelse. Det har derfor, syntes det mig, kunnet have Interesse at granske de histologiske Forhold i det Tilfælde, jeg har haft Lejlighed til



at iagttage. Dette Tilfælde er først og fremmest karakteriseret ved sin store Aknitet. Det endte dødeligt i 3 Fjærdingår og havde i den Tid undergravet Skelettet stærkt. Man måtte vente, at Billedet af Destruktionen måtte være særlig stærkt her, umaskeret af nogen synderlig Apposition, hvis en sådan overhovedet findes.

Til Undersøgelsen benyttede jeg Partier af Bækkenet, Ribbenene, af Hvirvellegemerne, Kraniet og Overarmen.

En Del Stykker afkalkede jeg efter v. EBNERs Metode. Afkalkningsvædsken er en Blanding af en stærk Kogsaltopløsning og Saltsyre (i et Forhold 3 til 5 % for den sidstes Vedkommende). Nogle af Stykkerne vare i Forvejen fixerede i Alkohol, andre i koncentreret Pikrinsyreopløsning. Andre Benstykker undersøgte jeg uden Afkalkning. Da de ikke lod sig skære med Kniv, måtte jeg fremstille Slibepreparater. Her frembød der sig en Vanskelighed. Skulde Preparaterne have noget Værd, måtte Marven så vidt mulig bevares i Preparatet. At dette er vanskeligt i Knogledele, der bestå af en tynd Bendel, som omslutter en blød, pulpøs Marv, er indlysende. De sædvanlige Metoder lod sig heller ikke anvende, da de alle ere beregnede på fast Benvæv. Efter talrige Forsøg lykkedes det mig at nå Målet på følgende Måde:

De i Alkohol hærkede og i neutral Karmin farvede Benstykker blev på sædvanlig Måde gennemtrængte med og støbte ind i en hård Paraffin; Massen blev tildannet til en cylindrisk Blok, hvis Kærne dannedes af Benstykket, således, at dettes Længdeaxe faldt sammen med Blokkens Længdeaxe. Jeg sleb nu på en hård Slibesten den ene Endeflade af Benet glat (sammen med Paraffinen) og polerede den på mat Glasplade. Slibningen gik lettest i Sæbevand (PEARS Håndsåbe). Med en fin Løvsav savede jeg så en 1—2 Mm. tyk Skive af den slebne Ende af Blokken og fik således en allerede temmelig tynd Skive, hvis ene Ende allerede var plansleben og poleret. Med Kloroform udtrak jeg så Paraffinen. Selvfølgelig måtte alle disse Manipulationer gøres med den yderste Varsomhed, for ikke at ødelægge Marven, og jeg måtte stadig nøje erindre, om den slebne Flade vendte op eller ned. Når Paraffinen var udtrukken, kom Skiven i en tynd Opløsning af *hård* Kanada-balsam, opløst i Kloroform. Når en sådan Opløsning henstår et Par Dage under Urglasdække, inddamper den til tyk Sirups Konsistens. Benskiven blev derpå sammen med den Balsam-



masse, som hængte ved den, lagt på et almindeligt slebet Objektglas med den slebne Flade ind mod Glasset og trykket let fast, så at den kun ved et yderst tyndt Lag Balsam var klæbet til Glasset. Jeg lod da Balsamen tørre en Dags Tid i fri Luft, hældte derpå et Lag af en meget tyk Balsamopløsning over Benskiven og lod det hele hærdes ved 40° i Termostat. Når Balsamen efter 3 til 4 Ugers Forløb var glashård, sleb jeg Skiven ned til den forønskede Tyndhed og polerede Slibefluden. Også dette gik lettest, når Slibningen foregik i Säbevand. Med Mikroskopet kunde jeg kontrollere, om Skiven var tynd nok. Den kunde nu strax dækkes med et tyndt Lag Kanadabalsam og Däkglas og var da færdig til Undersøgelse.

De Slibepreparater, som jeg undersøgte med v. RECKLINGHAUSENS Undersøgelsesmetoder, måtte atter forsigtig løsnes fra Objektglasset i et Kloroformbad. Det løsnede Slibepreparat blev et Par Gange udvasket i Kloroform, og når da efter den sidste Udvasning Kloroformen fordampede, trængte Luften ind i alle Kanaler og Porer. Präparatet blev da lagt enten i Glycerin eller Benolje eller tyk Vandglasopløsning og dækkedes med Däkglas. Da Luftinjektionen kun holder sig kort Tid i de to først nævnte Indlejringsvædsker, måtte Proceduren, når Präparaterne skulde aftegnes, gentages flere Gange. Men det lader sig også godt gøre. Efter v. RECKLINGHAUSENS Angivelser skulle Vandglaspräparaterne afgive gode Gemmepräparater. Men Vandglas er vanskeligere at arbejde med end Glycerin.

Til Fremstilling af Fibrillerne og Lamellerne i de afkalkede Bendele anvendte jeg v. RECKLINGHAUSENS Metode: Opvarmning af Snittet på Objektglasset over en Flamme og Indlejring af Präparatet i en koncentreret Klormagniumopløsning. Nemmere er det dog at dyppe det på Objektglasset fixerede Snit i kogende Vand.

Desuden forsøgte jeg på de afkalkede Präparater en Mængde Anilinfarvninger og Hämatoxylinfarvning. Den sidste gjorde mig mest Nytte.

Betragter man med blotte Öje et i nevtral Karmin farvet transversalt Slibesnit af en Knogle (f. Ex. Ribben eller ramus horizontalis pubis), ser man det bestå af en tynd, ufarvet Benskal, der omgiver den intens rödfarvede Marv, og som langs

den udvendige Rand omgives af det ligeledes mørkerødt farvede Periost. Benskallen har højst forskellig Tykkelse, dens Konturer ind mod Marven ere yderst uregelmæssige. Nogle Steder har Benskallen knap Papirstykkelse, ja kan endog helt være svunden, så Periost og Marv mødes; andre Steder findes bredere Benpartier mellem Marv og Periost. Den udvendige Kontur af Benskallen er forholdsvis regelmæssig, i alt Fald aldrig for den makroskopiske Iagttagelse så stærkt indskåren og udtunget som den indvendige. Dette makroskopiske Billede, der genfindes i alle Knoglerne, siger så bestemt, at *Knogle-resorptionen først og fremmest finder Sted fra Marchulen af.*

Ser man nu nøjere til, ser man i Marven fine, hvide Benbjælker, ikke tykkere end en fin Sytråd, dels isolerede og korte, dels lange og udgående fra Benskallen. Og i den hvide Benskal ser man talrige, yderst fine røde Prikker. Ligeledes ser man, at Periostkonturen hist og her er indkærvet af fine røde, i Reglen ganske korte Linjer.

Undersøges et sådant Slibepreparat med svag Forstørrelse, ses Karminfarvningen slet ikke at svare til den af RINDEFLEISCH og ZIEGLER givne Beskrivelse. Der findes nok hist og her ret intens rødfarvede Brämmer omkring den ufarvede Benmasse (se Bill. 2 a og Bill. 9 a). Men andre Steder, og det endog i mange Präparater i den overvejende Udstrækning af Konturerne, ligger Marven tæt op til den ufarvede Benmasse uden at være skilt fra den ved nogen Karminzone (se Bill. 10 a). Ved stærkere Forstørrelse ses endog ofte den røde Brämme kun at skyldes en tæt Lejring af Marvceller langs Randen af Benet. Andre Steder er der en virkelig Karminfarvning (Bill. 9 a) som er skarpt afsat mod det ufarvede Ben. Benlegemerne ere store her, deres Kärne farves let (skönt neutralt Karmin er et dårligt Kärnefarvningsmiddel). De ere omgivne af en lys halo, ere uregelmæssigt ordnede, forøgede i Antal, og der ses (på de Präparater, der ikke ere behandlede med v. RECKLINGHAUSENS Luftinjektion) ingen eller kun rudimentære Udløbere. Grundsubstansen er fint kornet uden Spor af Lameltegning. Indad mod Marven er denne »Karminzone« bladet op i fine, stærkt kornede Blade (Bill. 9 b, Bill. 4 a, Bill. 2 a), ind mellem hvilke Marvcellerne lejre sig (Bill: 4 b, Bill. 9 b). At denne Optrævling eller Opbladning af Benmassen ikke er et Kunstprodukt, frembragt ved Slibningen, ses nimodsigeligt på Bill. 4, hvor Marvcellerne endnu ligge tæt op til Benbjælken.

Alle Forhold belyses imidlertid først ret, når man anvender v. RECKLINGHAUSENS Luftinjektionsmetode. Man ser da for det første, at Luftinjektionen ikke fordeler sig ensformigt over Snittet. Der er Partier, der blive forholdsvis upåvirkede, medens der i andre er tætte Gitterbilleder og overhovedet de Forandringer, der skulle blive nævnte nedenfor.

*Processen lokaliserer sig altså, selv indenfor de små Områder, som et mikroskopisk Präparat omfatter, på en meget kendelig Måde. Ej heller vise Forandringerne sig ganske ens overalt. Jeg nævner dette udtrykkeligt, for at man ikke skal vente at finde alle Destruktionsprocessens Former i det første det bedste Präparat, man fremstiller. Desuden ligger der i denne Lokalisering af den patologiske Proces en Protest imod den Anskuelse, som vil gøre denne afhængig af konstitutionelle Forhold.*

Som Regel kan man sige: *at, hvor de Forandringer, der komme til Syne ved Luftinjektionen, ere tydelige, er der forøgede og forstørrede Marvrum eller Volkmannske Kanaler, eller også ligger vedkommende Benzone tæt ved det axiale Marvrum.*

Et Oversigtsbillede (med svag Forstørrelse) er fremstillet i Bill. 2, der gengiver et Parti af den perifere Benskal af et Ribben. Ved *M.* har Marven ligget. *P.* betegner Periost. Som man ser, er Marven på dette Sted gået tabt ved Manipulationerne. Tegningen gengiver forskellige Lamelsystemer. Der findes flere Stykker af »omfattende» Systemer. Systemet *b.* er ikke meget forandret, Benlegemerne have deres naturlige Størrelse, og deres Udløbere ere fine, måske dog hist og her lidt tættere end normalt, de ere ordnede regelmæssig med deres længste Axe parallelt med Lamellernes Forløb, og de stå ikke tættere end normalt. Hele Zonen har ligesom Präparatet i det hele en let Rosafarve. I god Modsætning hertil står det nærmere ved Periost liggende Lamelsystem, der også hører til de »omfattende». Det er gennemgravet af intens rødfarvede Kanaler, fyldte med cellerig, marvlignende Substans. Man ser disse Kanaler trænge ind som Knopper fra det stærkt cellerige Periost. Lameltegningen er utydelig. Benlegemerne ere store, uregelmæssige, yderst talrige og forsynede med et Virvar af Udløbere, som forvandler mange af dem til sande Medusahoveder. De hobe sig stærkt op langs med den Kitlinje, som danner Grænsen til Lamel *b.* Hvor de ligge tættest, smelte

de endog sammen. Desuden er Bensubstansen tegnet mørkt, af talrige Gitterbilleder. Til dels danner der sig også på samme Måde som v. RECKLINGHAUSEN har beskrevet det, Gitterbilleder om Benlegemerne.

I Lamelsystemerne *d*, *e*, *f*, *g* ses de samme Forandringer af Benlegemerne; men her er der ingen VOLKMANN'ske Kanaler. Lamelgrænser ses ikke i disse Partier. Kitlinierne synes en Tid lang at respekteres; men det synes, som om de også til sidst udslettes. Således har der mellem System *f* og *e* åbenbart været en Kitlinie. Den skimtes endnu ved *h*.

De perforerende Kanaler vare i det hele meget talrige i dette Präparat. De udgik ikke alene fra Periost (således som på det i Tegningen gengivne Parti), men også fra Marvhulen eller fra de dilaterede HAVERSSKE Rum. De er lette at kende fra de HAVERSSKE Kanaler, om hvilke der altid ordner sig et Lamelsystem (som ved *d*). De perforerende Kanaler gennem-bryde aldeles vilkårligt Lamellerne, ja respektere endog ikke Kitlinierne. Overalt, hvor de findes, ere Benlegemerne forøgede i Antal, forstørrede, Udløberne tætte, og Bensubstansen er gennemgravet af Gitterbilleder. Det lykkes ikke altid at finde Kar i dem; men da jeg har fundet Kar i mange af dem, må det vist nok anses for en Regel, at der danner sig Kar i dem under deres Fremvæxt.

I Bill. 1 (stærk Forstørrelse) er gengivet en sådan Kanal, der er i Færd med at voxe ind i Benmassen. Partiet stammer fra samme Präparat som Bill. 2. Man ser et Strög af Celler, der ere tenformede eller nærme sig til Tenformen, skyde sig fra Marven (der lå ved *M*) ind i et Benvæv, hvis Tilstand fuldstændig svarer til den ovenfor givne Beskrivelse af Vævet omkring disse Kanaler. Karminen har ikke farvet Vævet undtagen i umiddelbar Nærhed af Celleindvandringen. Det synes, som om det kornede Benvæv fortsætter sig et Stykke ind mellem de ydre Cellerækker. (Gitterbilleder og Korning af Bensubstansen ere i Tegningen udførte kun på den ene Side.) Disse Kanaler anlægges dog ikke altid på samme Måde. Andre Steder danne Tencellerne ligesom penselformede Udstrålinger ind i Bensubstansen. Det ses smukt på Bill. 11 der er tegnet efter Präparat af afkalket Benvæv.

Alle disse Forhold give Billedet af en intens Undergravning af Benets Struktur. Men hvorledes ere Detaljerne af

denne Proces, og hvorledes går det til, at Benlegemernes Antal forøges så uhyre i de Partier, hvor Processen er aktiv?

Om disse Forhold får man Oplysning i det Präparat, hvorefter Bill. 5 og 6 ere tegnede.

Präparatet var et Tværslibesnit af et Ribben. Benskallen var meget tynd, på det tykkeste Sted 1 til 1,5 Mm., på de tyndeste 0,3 til 0,4 Mm. Slibningen var vellykket, Skiven meget tynd. Bensubstansen havde i det hele *ikke* ladet sig farve. Kun den blondelignende Brænne, der på mange Steder fandtes langs Marvrummet, havde taget nogen Farve. Der fandtes et Parti, der udad var begrænset af et meget fortykket, cellerigt Periost, og indad af en meget cellerig Marv, hvor Benstrukturen var undergået meget betydelige Forandringer. Iøjnefaldende er først og fremmest, at Bensubstansen er gennemgravet af et stort Antal af brede Cellerum og cellefyldte Kanaler, af hvilke de fleste udgå fra Periost. Det inderste Lag af Periost består på Steder, hvor ingen Cellemasser trænge ind i Benet (Bill. 5, *d*) af tenformede Celler (muligvis flade Celler), ordnede i Lag. Men der, hvor Kanaler skyde sig frem, ophobes der Rundceller med store Kærner (se Bill. 6 ved *a*, Bill. 5, *c*, hvor en sådan Celleknop er i Færd med at bryde frem), ja, hvor Processen er rigtig intens, ligger der et bredt Lag af slige Celler. Væksten ind i Benet synes at gå for sig på den Måde, at Cellerne blive langagtige og sende Forlængelser ind i Bensubstansen (Bill. 6, *b*, *c*). Også fra det ovenfor beskrevne Lag af tenformede Celler kan der enkeltvis skyde sig Celler ind i Benvævet (Bill. 6, *d*). Hvor en Kanals Spids er truffen, dannes den altid af sådanne spidse Celler, der kile sig ind i Benvævet.

I Bill. 5 findes inde i Benmassen store Grupper af karminfarvede Celler (ved *b*, *f*, *g*, *h*). Snittet har ikke truffet dem således, at man kan se, om de komme fra Periost eller ej. Men hele deres Bygning tillader at slutte, at de have samme Oprindelse som Cellegrupperne, der udgå fra Periost i Bill. 6. Snittet er her tyndere, Cellefremvæksten er her livligere til alle Sider. Man ser her overalt Forlængelser fra Cellerne trænge ind i Benmassen.

Desuden ses på bægge Billeder en Mængde karminfarvede Benlegemer, der lejre sig rundt om disse Cellegrupper, og man ser tydelige Overgange fra Cellerne i Cellegrupperne til utvivlsomme Benlegemer, og man ser Udløberne fra Cellegrupperne

stå i Forbindelse med Udløberne fra de farvede Benlegemer. Der er, kort sagt, den livligste Indvandring af Celler i Bensubstansen, og de indvandrede Celler omdanne sig meget snart til Benlegemer.

Det næste, der er påfaldende, er den fuldstændige eller næsten fuldstændige Forsvinden af Benets Struktur. I Bill. 5 ved *i* og i Bill. 6 ved *e* ses endnu Rester af Lamelsystemer; men her ere heller ikke Celleknopperne trængte hen. Ellers har Grunds substansen en kornet eller brokket Struktur. Videre ser man, at de af Luften injicerede Benlegemer ere tiltagne uhyre i Antal og have undergået de tidligere beskrevne Forandringer. Langs med Kitlinierne ophobe Benlegemerne sig stærkt. De Benlegemer, der fyldes med Luft, have i Reglen ingen Kærne. Dog bør bemærkes, at, når Luften svinder bort af Präparatet, kommer ofte Kærnen til Syne.

*Der findes altså to Slags Benlegemer:* nogle, der fylde sig let og stærkt med Luft, have talrige Udløbere og omgives af en mørk Kórning eller Gittertegning, andre, der ere mindre, stærkere eller svagere farvede af Karmin, oftest forsynede med tydelig Kærne (man erindre, at Tinktionen er ndført med neutral Karmin, der er et slet Kærnefarvningsmiddel). Disse sidste have få, stærkt lysbrydende, dobbeltkonturerede Udløbere, der anastomosere med Nabocellernes og med Udløberne fra Cellegrupperne, og alle mødes i et tæt Net af yderst fine, lysende, stærkt lysbrydende Linier, der gennemtrænger den kornede Grunds substans. Disse sidste Benlegemer så vel som dette fine Linie(kanal)system fylde sig ikke med Luft. Dette Linienet er så fint, at det har været umuligt at gengive det i Tegningen, når de andre Forhold også skulde fremstilles.

Også Cellerne fra det centrale Marvrum voxe ind i Benmassen. Men her er det sjældnere, at Marven sender knopagtige Forlængelser ind i Bensubstansen. Derimod trænge Rundcellerne ind i massevis, åbenbart bladende Benvævet op og derved dannende de beskrevne og afbildede blondeagtige Rande om Benet. Man ser nemlig ved forskellig Indstilling Rester af Benlegemer i et Lag og Runde eller i det umiddelbart derunder liggende Lag (Bill. 5 *a*). Disse Marvceller kunne også danne Udløbere. Hvor en sådan Indvandring finder Sted, er Benmassen stærkt kornet og tegnet af mørke Gitterbilleder, og Benlegemerne ere store, mørke af den injicerede Luft. Men

denne Del af Benmassen er ufarvet ligesom den øvrige Del af Benet i dette Präparat.

Yderligere Oplysninger om Processen får man af Snit, fremstillede af afkalkede Knogler, som have været stærkt opvarmede (se ovenfor). Ved denne Procedure komme nemlig den fibrillære Struktur og Lameltegningen samt Kitlinier ganske overordentlig tydeligt til Syne (Bill. 7 og 8), og Lamelsystemerne kunne forfølges med ganske anderledes Lethed og Tydelighed end på Slibepreparaterne.

Man ser på disse Präparater, at der er Steder, hvor Processen åbenbart er i Hvile; Marv og Ben ligge op til hinanden ligesom to Håre under en Våbenhvile: de vundne Resultater bestå; men Processen skrider ikke frem. På sådanne Steder ses Lamelsystemerne arrodere, åbnede i alle mulige Retninger. Den lamelløse Tegning er tydelig lige ud til Marvgrænsen. Tegn til lakunær Resorption findes kun sjældent og langt fra med den Hyppighed, der svarer til Resorptionsprocessens kolossale Virkninger.

Men på andre Steder, enten langs Randen af en isoleret Bjælke, der ligger midt inde i Marven (Bill. 8 *a*), eller i et Lamelsystem, der ligger langs med den centrale Marvhule, eller i et Parti, der fra Marvrummet strækker sig dybt ind i Benet (Bill. 7 *c*), eller langs en Kitlinie eller inde i Knoglemassen, især omkring Marvhulerne, er den lamelløse Struktur utydelig. Fibrillerne ere ligesom sammenfiltrede eller Grundsubstansen er kornet eller brokket. På disse Steder ere Benlegemerne talrigere end i de lamelløse Partier, større og regeløst anordnede. Celleindvandringen lader sig ganske vist ikke så tydeligt forfølge på disse Präparater som på Slibepreparaterne; men der er dog både ved Sammenstødningslinierne med de centrale Marvrum og ved de HAVERSSKE Marvrums Billeder, der ikke godt kunne tydes på anden Måde (Bill. 7 *c* og 8 *c*). At der her virkelig er Tale om en Forandring af præformeret Benvæv og ikke om nyt anlagt Ben, bevises uimodsigeligt derved, at Grænsen mellem disse Partier og det lamelløse Væv ofte ikke er skarp: man kan skimte den lamelløse Tegning et Stykke ind i de »sammenfiltrede« Partier (Bill. 7 *a*, *b*, Bill. 8 *b*). Andre Steder er der dog en skarp Grænse mellem de to Arter af Grundsubstans (Bill. 8 *a*), og der kan da fremkomme Billeder, som, hvis de ikke sås i Belysning af de andre Fænomener, kunde imponere som Appositionsresultater. Jeg er i alt Fald



tilbøjelig til at opfatte dem som Resultater af Resorptionsprocessen, som er skreden frem til et vist Punkt og så foreløbigt standset. Netop derved, at denne Forandring ikke respekterer nogen Retning af Lamelforløbet, fremkomme Appositionsbilleder, men falske. F. Ex. findes der i Marven ofte tynde, på tvärs af Längdeaxen ramte Bjælker, i hvis centrum der resterer parallelt forløbende Lameller, ind imod hvilke Processen skrider fra alle Sider, både parallelt med Lamellerne og på tvärs af disse. Man ser altså en uforandret lamellös Kärne, omgiven af en Ring af sammenfiltret Grundsubstans, der bærer store, nordentlig ordnede Benlegemer. Fornuftigvis kan man dog ikke tænke sig, at denne Ring skyldes Apposition, en Apposition om et efter alle andre Solemärker at dömma dödsdömt Benparti.

Den ydeste Zone af de Partier, i hvilke Grundsubstansen er nordentlig tegnet, er stærkt kornet og går over i Marvens Grundsubstans. Marvecellerne forholde sig forskelligt her. Snart ser man dem i tætte Geledder af flade eller tenformede Celler lejre sig op mod Knoglevävet, snart ser man runde Celler, der trænge ind i Benvävet, snart er det en ret eellefattig Marv, der ligger op til Bensubstansen.

Osteoblaster har jeg ikke fundet.

På meget tynde Snit ses i fine Benbjælker, hvor Grundsubstansen helt er omdannet til »sammenfiltret» Väv, lignende Immigrationsbilleder af Marvecellerne ind i Bensubstansen som på slebne Präparater, d. e. stjärneformede Celler, der stå i Forbindelse med en netagtig Tegning i Benmassen, der ligner Kanalsystemer.

De angrebne Knoglers *Marvs* Bygning var denne (Bill. 8 og 12): Den röde Marvsubstans bestod af en mere eller mindre tæt Ophobning af nästen ndelukkende enkärnade, runde eller rundagtige Celler, noget större end hvide Blodlegemer, i det hele ikke konstante i Störrelse, hverken indenfor den enkelte Knogle eller i de forskellige Knogler. De kunde på den ene Side blive mindre end de hvide Blodlegemer, på den anden Side stige til omtrent den dobbelte Störrelse af disses. De lå indlejrede i en meget klar, sribet eller kornet Grundsubstans, som ikke kommer til Syne, hvor Cellerne ligge meget tæt, men træder tydeligt frem som et stormasket reticulum, hvor



Cellerne ligge mere spredt. Retikulets Bjælker kunne være ret tykke. I dette Væv lå spredte Fedtceller.

De hvide, fastere Knuder i Marvsubstansen bestod kun af en yderst tæt Sammenhobning af gennemgående små, runde Celler uden eller kun med sparsom Intercellulärsubstans.

Man kunde ved at høre denne Beskrivelse komme på den Tanke, at der forelå et Rundcellesarkom, og at Processen i det hele var et malignt Knogleneoplasme. Disse Knuders Fåtalighed og ringe Størrelse, i Forbindelse med Manglen af Metastaser til andre Organer, udelukker dog den Mulighed. Desuden trådte de slet ikke i Forhold til Benvævet, men fandtes kun inde i den pulpöse Marvsubstans.

Foruden de beskrevne Celler fandtes et sparsomt Antal af større Celler, 4 til 5 Gange større end Hovedmassen og forsynede med en meget stor, kornet Cellekärne. Videre fandtes fine, lange Strøg af tenformede Celler eller unge Bindevævsceller. De udgik ofte fra Benlameller, der vare i Resorption (Bill. 10). — Jeg har enkelte Gange set Marvcellerne ordne sig om en fin Bindevævstråd, der udgik fra Benskallen, og det har bragt mig på den Tanke, at det måske var Resten af en SHARPEYS Tråd, man havde for sig (Bill. 12).

I det hele ere Marvens Celler ordnede uden nogen bestemt Regel. En Undtagelse danne dog de Lag, der ligge op mod Benskallens Indside, hvor denne ikke bærer Præget af at være i nogen livlig Resorption. Her aflades Cellerne og ordne sig i flere Lag, ligesom mangelags Pladeepitel.

Kar findes i det hele ikke i meget rigelig Mængde i dette Væv. Dog findes der tydelige blodfyldte Kapillærer rundt omkring. Hist og her er der små Blodudtrædninger eller Klumper af forandret Blodfarvestof.

I de Knogler, der indeholde Fedtmarv, er dennes Bygning aldeles som sædvanlig Fedtmarvs.

*Periost* er der, hvor Processen er livlig fra dets Indside, fortykket, cellerig, rigeligere vaskulariseret end normalt. Dog har jeg ikke fundet den overvættets Vaskularisation, som andre Undersøgere, f. Ex. KASSOWITZ, omtale.

Det histologiske Billede, som jeg her har beskrevet, er i mange Henseender mærkeligt. Det er mærkeligt ved sin på

mange Punkter skarpe Kontrast til de normale Resorptionsprocesser i Knoglen, og det er endnu mærkeligere ved sin Afvigelse fra de Fund, som dygtige og omhyggelige Forskere have beskrevet af Osteomalacien.

At udkaste et Billede af en histologisk Proces på Grundlag af en Serie histologiske Präparater fra et enkelt Tilfælde er en Tankeproces, der fordrer stor Årnelighed. Der bliver altid tomme Rum, som må fyldes med Gisninger, og først og sidst må Tidsforholdet mellem de forskellige Tilstande, Vævsundersøgelsen har afsløret, bestemmes for om muligt at danne et levende Billede af Udviklingen ud af de livløse Vævsnit.

Under det Røre, som COHNHEIMS Appositionsdoktrin vakte, var det næsten, som om man glemte, at Hovedsagen i Osteomalacien er og bliver, at de faste Benvæv svinde. Først og fremmest er Sygdommen en destruktiv Proces i Skelettet. Om der så under visse Forhold kommer en Nydannelse af Benvæv, en Apposition til, bliver dog et Punkt af underordnet Betydning. I den Henseende lader det foreliggende Tilfælde intet tilbage i Tydelighed. Processen er her absolut destruktiv. Måske forklares denne Afvigelse fra andre beskrevne Tilfælde ved dettes store Akuitet. Det afviger heri navnlig fra de puerperale Former, der bevæge sig i Exacerbationer under Svangerskaberne og Intermissioner mellem disse, og fra hvilke det også er, at Meddelelserne om spontan Helbredelse foreligge.

Uden at gå for vidt i Gisninger tør man vel nok antage, at de Benpartier, i hvilke de S. 21—26 beskrevne Forandringer findes, ere Partier, der stå for Fald. Der var her to iøjnefaldende Forandringer: den ene *Udslettelsen af Benvævet Struktur*, som i Steden for lamelløs var kornet, tegnet af uregelmæssige Linienet; den anden *Formerelsen af de cellulære Elementer*, dels af Benlegemerne, dels af Celler, der i Hobe trængte ind i Benet, enten som VOLKMANNSKE Kanaler eller mere diffust. Injiceredes Vævet med Luft, sås desuden *Grundsubstansen gennemgravet af Gitterbilleder*, d. e. abnorme, yderst fine Spalter: og Benlegemerne tegnede sig store, mørke, med yderst tætte Udløbere, og deres Orden var desuden ophævet.

Spørgsmålet bliver nu: Er Forandringen i de cellulære Elementer det primære? Eller går der en Forandring af Grundsubstansen forud, specielt forud for den ntvivlsomme Indvandring af Celler i Bensubstansen?

Alt synes mig at tale for, at Forandringen af Benets Grunds substans er det primære: 1) En almindelig Betragtning af Benvævet's Egenskaber, der synes at umuliggøre enhver Bevægelse af Cellerne inde i dets Substans. — 2) v. RECKLINGHAUSENS Påvisning af stærke Gitterbilleder inde i den kalkholdige Benmasse. — 3) Lameltegningens Forsvinden i de Partier, hvor Celleindvandringen finder Sted eller har fundet Sted. Dette Forhold er absolut konstant i mine Präparater, og det har vist sig for mig, ligegyldigt om jeg har undersøgt kalkholdigt Benvæv eller afkalket, og i det sidste endog uden at anvende særlige Metoder til at tydeliggøre Lameltegningen. Forandringen ses desuden hist og her, uden at der har fundet nogen Celleindvandring Sted i det således forandrede Benvæv, f. Ex. i Bill. 8 ved *d*. Derimod har jeg ingensteds fundet Celleindvandring i Partier, hvor den lamellöse Struktur var bevaret. Jeg ved godt, at Tilhængere af Appositionslæren ville kunne sige, at et Parti, som det påpegede i Bill. 8, repræsenterer en Apposition. Jeg vil afvise den Tanke, dels ved den almindelige Betragtning, at en Apposition på en tynd Benbjælke, der ellers overalt er i Færd med at destrueres, og som ligger i en Knogle, hvor Destruktionen åbenbart er gået rask for sig, i og for sig ikke er sandsynlig. Videre er af alle Forskere, der have fundet Appositionslag, disse blevne beskrevne enten som lamellöst Væv eller som parallelt-fibrillært eller som bestående af netagtig sammenslyngede Fibrillbundter. At de af mig i Bill. 7 og 8 afbildede Strøg, hvor Grunds substansen synes uordentlig sammenfiltret, ikke har den fjærreste Lighed med nogen af de Afbildninger, v. EBERTH i sin klassiske Afhandling giver af disse Former af Benvævet's Grunds substans, vil ses med et halvt Øje. — 4) Videre kan jeg henvise til et Präparat, som jeg endnu ikke har omtalt, fordi det afviger en Del fra de tidligere omtalte Fund. Et Parti af det er gengivet i Bill 3, Det er et meget tyndt Slibepräparat af et Ribben, hvor der af Bensubstans kun var en ikke fuld Millimeter bred Skæl tilbage. I det hele vare her Benlegemerne hverken store eller abnormt talrige, ej heller de perforerende Kanaler stærkt udviklede, selv om der fandtes Partier, hvor bægge Fænomenere vare vel repræsenterede. Derimod var Benvævet i stor Udstrækning tegnet af en uregelmæssig Marmorering af Striber og Pletter, som havde optaget Karminfarven stærkt, i Modsætning til den øvrige Bensubstans, som kun var yderst svagt rosa-

farvet. Ved stærkere Forstørrelse sås denne Tegning at skyldes en stærk Korning af Benvævet, langt grovere end den fine Korning, som ellers fandtes i Präparatet. Marmoreringens Linier vare ikke uregelmæssig fordelte, men fulgte i store Træk Interlamellärgrænserne (se Bill. 3 a'), dog ikke således, at de f. Ex. som en sammenhængende Ring omgav en HAVERS'sk Kanal. Tvært imod var det i Reglen kun en Del af Ringen, som var Sæde for Korningen. Desuden kunde Korningen radiært bryde gennem en Lamelring og således sætte to kornede Buelinier i Forbindelse med hinanden (*b b'*). Ofte fulgte Korningen Benlegemernes Udløbere, undertiden udgik den som radiære Striber fra Marvrummene. Sædet for denne Korning må være Kitsubstansen, der som v. EBERTH har vist, er den Del af Benet, der indeholder Kalksaltene. Den findes netop ophobet mellem Lamellerne og endnu stærkere mellem Lamelbundterne. Det synes mig umodsigeligt, at dette Präparat tyder på en Underminering af Bensubstansen, der er uafhængig af Celleindvandring. Derimod er det højst sandsynligt, at Uudermineringen udgår fra Benlegemerne, der jo netop ligge interlamellært. For denne Tanke taler også det Forhold, at mange af de fineste Kornlinier netop strakte sig nd fra et Benlegeme eller forbandt to med hinanden. — 5) En anden Destruktionsproces, der synes uafhængig af Celleindvandring, har jeg set og afbildet i Bill. 6 f. Her ses temmelig brede, dobbelt konturerede Kanaler, der fra Kitlinien strække sig ind i et kornet Benparti, i hvilket der ingen Celleindvandring har fundet Sted. Nogle af disse Kanaler ende spidst, andre kolbeformet.

Jeg må, i Følge det her udviklede, fastslå, at *der foregår betydelige Forandringer af Benstrukturen forud for Celleindvandringen og den dermed følgende endelige Nedbrydning af Benvævet*. Disse Forandringer udgå måske og rimeligvis fra Benlegemerne.

Af hvilken Natur er nu denne præliminære Forandring af Bensubstansen, der indleder Destruktionen og muliggør Celleindvandringen? Imod en ligefrem Afkalkning taler, at disse Partier, hvor den lamelløse Struktur er forsvunden eller er utydelig, som Regel ikke have taget Karminfarven. I det hele har jeg jo ikke fundet regelmæssige Karminzoner. Jeg er ligesom v. RECKLINGHAUSEN mest tilbøjelig til at antage, at der finder en vist nok meget uregelmæssig Spalte og Kanaldannelse Sted i Benmassen, og at denne først rammer den kalk-

bærende Kitsubstans, senere frembringer en Sönderdeling af Fibrillerne. Men medens v. RECKLINGHAUSEN antager, at denne Proces skyldes de Benvævet gennemstrømmende Vævssafter, er jeg snarere af den Mening, at den udgår fra Benlegemerne. Og medens v. R. i sine Tilfælde har ment at kunne påvise, at Grundsubstansen sammensintres til en kalklös, strukturlös Substans, om hvilken han i Overensstemmelse med de ældre Anskuelser antager, at den resorberes fra Marvrømmene af, mener jeg at have levereret Bevis for, at denne således undergravede Bensubstans endelig går til Grunde ved en stærk Celleindvandring dels fra Periost, dels fra Marvhulen, uden at der først dannes afkalket Væv.

Hele Processen bliver således en aktiv Celleproces, udgående dels fra Benlegemerne, dels fra Marvens og Periosts Celler. For denne Anskuelse taler også Processens Fænomeners lokaliserede Optræden.

Det ligger nær at spørge, om det foreliggende Tilfælde, der i det histologiske Fund afviger så meget fra, hvad tidligere omhyggelige Forskere have fundet, virkelig er en Osteomalacie. Jeg tror dog, at Sygdomshistorien garanterer derfor. Den ligner i så meget de Sygehistorier, som ældre Forfattere, navnlig engelske, have givet af ikke puerperale Former. Ej heller mangler det på Angivelser af, at man tidligere har set lignende Forøgelser af Benvævet cellulære Bestanddele, som jeg har fundet.

Jeg har allerede nævnt ROLOFFS Beskrivelser. J. DALRYMPLE meddeler, at langs Randene af Bensplinterne har Benet Udseende, som om det var sammensat af polygonale Celler. Han mener selv, at det er Bencellerne, hvis Form er forandret. Men efter den givne Beskrivelse må de også være forøgede i Antal. Andre Forfattere omtale en Bygning af Benmassen, der ligner »Bikager«. v. RECKLINGHAUSEN har også fundet en Formerelse af Benlegemerne, som omtalt ovenfor.

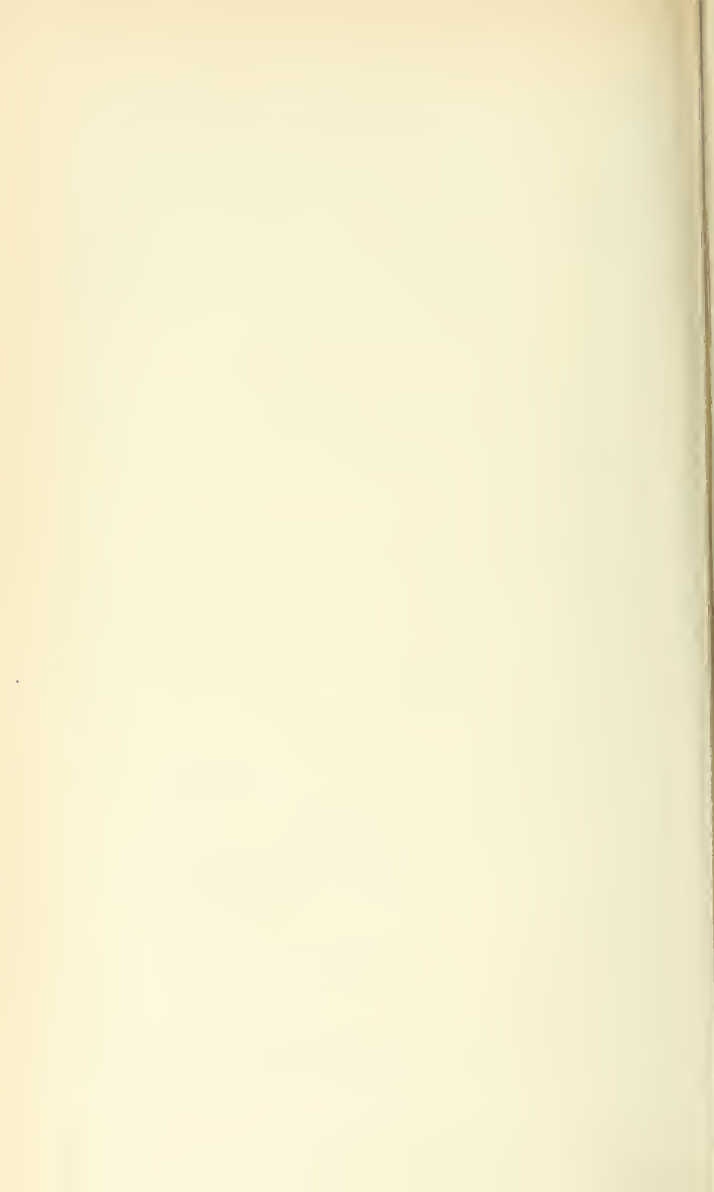
Den Tanke lader sig dog ikke afvise, at man under Begrebet Osteomalaci har samlet Lidelser, der kun have visse ydre Egenskaber fælles, men hvis Væsen er forskelligt. Visse Forfattere, f. Ex. POMMER, benægte bestemt Existensen af en

akut Osteomalaci». Og dog bör dette Tilfælde sikkert henføres til denne Kategori. Muligvis må der, för de divergente Meninger om Sygdommens Histologi og Patogenese komme til Ro, foretages en ny og nøjagtigere Klassifikation af de Tilfælde, der hidtil ere puttede i Osteomalaciens store Sæk. Der kan da måske også være Udsigt til at vinde større Klarhed over Ätiologien. Ti at alle de gamle Teorier ikke slå til, vil selv den mest overfladiske Betragtning overbevise enhver om.

### Forklaring til Afbildningerne.

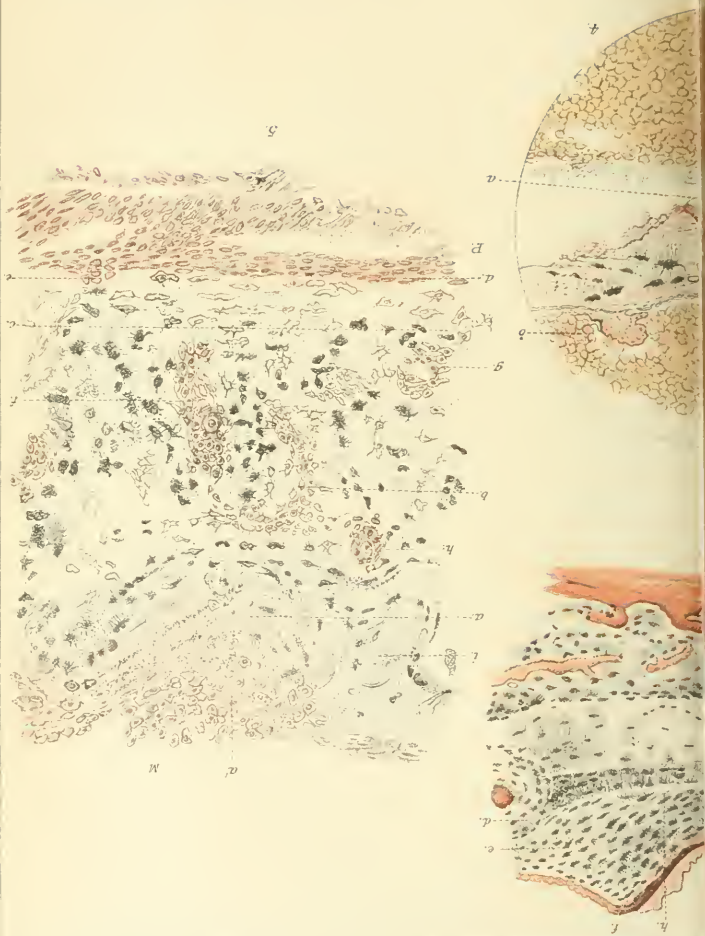
---

- Bill. 1.* Slibepreparat af Ribben. Luftinjektion, Karminfarvning (neutral). Stærk Forstørrelse.  
Man ser en VOLKMANNsk Kanal fra Marven (ved *M*) trænge ned i Benmassen, hvis Benceller ere stærkt forstørrede og uregelmæssigt ordnede og forøgede i Antal.
- Bill. 2.* Slibepreparat af Ribben. Samme Behandling. Svag Forstørrelse.  
*M* Marv. *P* Periost. Billedet viser forskellige Kanalsystemer, nogle temmelig uforandrede, andre med Forøgelse og Forstørrelse af Benlegemene, andre med mange VOLKMANNske Kanaler og forøgede nordentlige Benlegemer.
- Bill. 3.* Slibepreparat af Ribben. Samme Behandling. Stærk Forstørrelse.  
Viser Kornig af Bensubstansen langs Interlamellærrummene.
- Bill. 4.* Slibepreparat af os pubis. Samme Behandling.  
Tyud Bensplint omgivet af Marv. »Blondeformation».
- Bill. 5 og 6.* Slibepreparat af Ribben. Samme Behandling. Stærk Forstørrelse.  
Celleindvandring og Dannelse af VOLKMANNske Kanaler.
- Bill. 7 og 8.* Ribben. Afkalket. Behandlet med Opvarmning til Kogning. Stærk Forstørrelse.  
Viser den lamelløse Strukturs Destruktion og Celleindvandringen.
- Bill. 9 og 10.* Slibepreparater af Ribben. Neutral Karmin.  
Exempler på Karminzone og på Destruktion uden Dannelse af Karminzone.
- Bill. 11.* Afkalket Benvæv fra Lumbalhvirler.  
Viser Celleindvandring fra Marven og Forøgelse af Benlegemerne samt Forstørrelse af disse og regelløs Anordning.
- Bill. 12.* Pulpøs Benmarv. Theca cranii og Ribben.
-





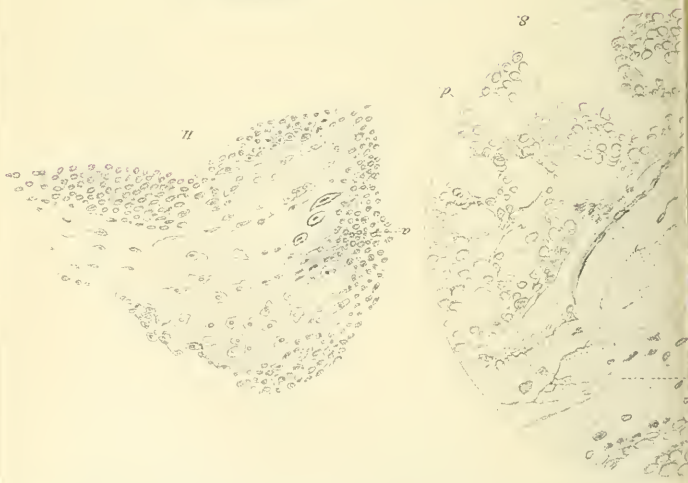


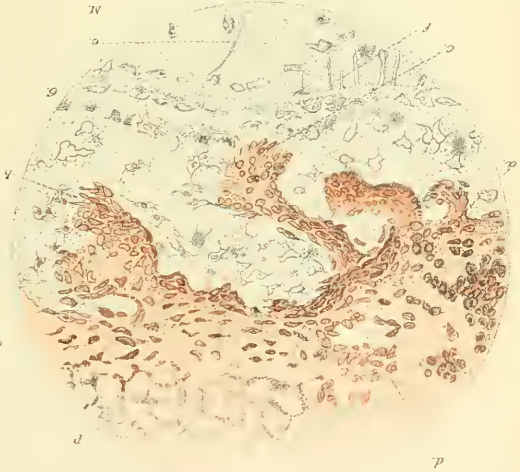
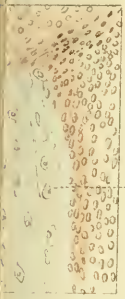
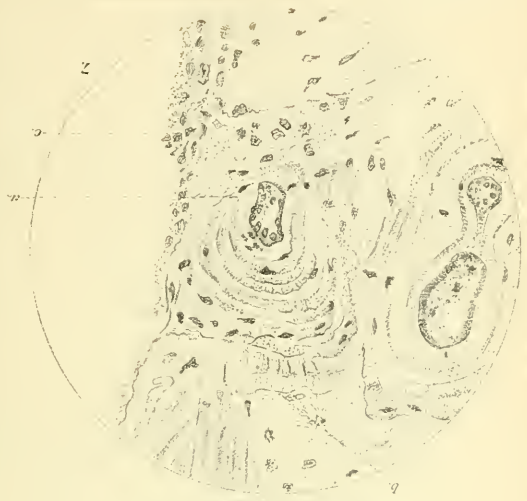
















## Om excision vid spina bifida.

Af

ANDERS HANSSON

i Varberg.

### I. Inledning.

Bland de missbildningar, som, särskildt från kirurgisk synpunkt, ådraga sig uppmärksamhet, intager numera spina bifida en framskjuten plats. Längre hade den fått gå och gälla såsom ett »noli me tangere». Från äldre tider ända in i våra dagar höja sig i litteraturen varnande röster emot hvarje annan behandling däraf än en rent palliativ. TULPIUS,<sup>1)</sup> den förste, som på ett noggrannare sätt beskrifvit denna missbildning (1641), säger: »Ne tumorem hunc improvide aperiant chirurgi.» Vår svenske ACREL<sup>2)</sup> uttalar (1748) såsom sin öfvertygelse, »at man intet bör öppna dessa swullnader på ryggraden eller hufvudet, åtminstone medan barnen äro späda, ty det kostar alltid lifwet, sådant måtte ske af flit eller wåda.» MORGAGNI<sup>3)</sup> yttrar (1761): »caverent ne quis tumorem incideret, tanto enim citius puerum interiturum.» Och för att anföra uttalanden från en tid, som ligger närmast vår egen, så skrifer engelsmannen HOLMES<sup>4)</sup> (1881): »Viewing — — — the great danger of any effectual surgical treatment, it seems better to watch the case carefully,

<sup>1)</sup> NIC. VAN TULPIUS: Observationum medicarum libri IV. Amstelodami 1641. Anf. enl. HAYN, Arch. f. Kinderheilkunde, bd 15, XVII.

<sup>2)</sup> O. v. ACREL: Kongl. Svenska Vetenskaps Academiens Handlingar för år 1748. Vol. IX, s. 287. Rön och anmärkningar vid Swullnaden Spina bifida kallad.

<sup>3)</sup> J. BAPTISTE MORGAGNI: De Sedibus et Causibus Morborum per Anatomen indagatis etc., tom. I. Venetiis MDCCLXI.

<sup>4)</sup> HOLMES, enl. ROBSON: Brit. med. journ. 1883, I, s. 558. March 24.

and not to interfere, unless the tumour is growing.» LORINSER<sup>1)</sup> säger (1882): »So bald die genaue Untersuchung eine Communication dieses Sackes mit dem Wirbelcanale nachgewiesen hat, soll überhaupt ein operatives Verfahren nicht vorgenommen werden, indem die bisherigen Erfahrungen gelehrt haben, dass unter solchen Verhältnissen in der Regel jeder operativer Eingriff durch Verbreitung der Entzündung auf das Rückenmark und seine Häute einen tödtlichen Ausgang herbeizuführen pflegt. Man wird sich in solchen Fällen darauf beschränken müssen, die Geschwulst durch eine entsprechende, ausgehöhlte und gut gepolsterte Pelotte, die mittelst eines Gürtels um den Leib befestigt wird, vor Beleidigungen zu schützen und zugleich mässig zu comprimiren.» Och DE SAINT-GERMAIN<sup>2)</sup> anser sig böra (1883) gifva denna varning: »Soyez prudents, messieurs, dans la cure du spina-bifida, vous devez vous borner à protéger et à comprimer légèrement la tumeur et vous n'aurez jamais à regretter cette temporisation. Une intervention intempestive accélérerait l'apparition des phénomènes de méningite et hâterait la mort du malade.» Men trots allt detta funnos kirurger, som ej ville låta sig nöja med den gamla auktoritets-tron, och tidigt nog företogs äfven vid spina bifida operativa ingrepp med växlande resultat. Stödjande sig på den lyckliga utgången af ett eller annat dylikt ingrepp uppträdde författare med angifvande af metoder för missbildningens kirurgiska behandling. Metoderna pröfvades och förkastades, nya operatörer framkommo med nya förfaringssätt, och dessa visade sig i sin ordning otillfredsställande. Frågan fördes dock alltjämt framåt, erfarenhet vans, och de sista årtiondena hafva haft att uppvisa ett ständigt växande antal af framgångsrikt behandlade fall. Det berättigade i ett aktift terapeutiskt ingrepp, åtminstone vid en del af denna missbildnings former, har småningom blifvit satt utom allt tvifvel. Under tiden har det kasuistiska materialet oupphörligt ökat, men vid närmare pröfning faller det sig ofta ganska svårt, att ur det samma draga några allmän-giltiga slutsatser. Behovet af en på den moderna uppfattningen af deformitetens patologi stödd kasuistik gör sig tydligt kånbart, äfven vid en flyktig granskning af flertalet hittills offentlig-

<sup>1)</sup> LORINSER: Krankheiten der Wirbelsäule i PITHA-BILLROTH: Handbuch der allgem. und speciell. Chir., bd III, afdeln. 2 A., s. 5, 1882.

<sup>2)</sup> DE SAINT-GERMAIN: Chirurgie orthopédique 1883. Anf. enligt BELLANGER: Traitement du spina bifida. Thèse. Paris 1891, s. 9.

gjorda sjukdomsberättelser. Hvarje kasuistiskt bidrag till lösandet af frågan om denna missbildnings terapi — med nödig hänsyn tagen till nämnda uppfattning — torde därför vara förtjänt af offentliggörande. Jag har sökt ur de originalkällor, som i literaturen varit mig tillgängliga, samla och i viss mån kritiskt bearbeta de till och med år 1893 offentliggjorda, operationer, som under den förantiseptiska tiden utförts å denna deformitet, svårligen kunna hafva annat värde än såsom djärfva vågstycken eller enstaka undantag, är det endast de antiseptiskt behandlade fallen, som medtagits. En kasuistik, som omfattar en så pass lång tidsperiod, måste dock alltid blifva jämförelsevis rikhaltig.

Mot de flesta meddelanden af detta slag kan den anmärkningen framställas, att de utgöra enstaka erfarenheter, samlade från vidt skilda håll. Sitt rätta värde erhålla fallen först, om en hel serie kommer från samme operatör, och naturligtvis det allra största, när denne är en auktoritet på det kirurgiska området. Genom herr prof. JOHN BERGS vänliga tillmötesgående har jag blifvit satt i tillfälle att offentliggöra en dylik serie, omfattande 15 af honom för spina bifida, från 1884 till 1893 opererade patienter. För 6 af dessa fall har operatören i ett föredrag i Svenska läkaresällskapet <sup>1)</sup> lemnat en kortare redogörelse; en del af de öfriga hafva meddelats i årsrapporterna från Serafimerlasarettet. Inom den utländska literaturen är det endast DE RUYTER, BAYER och HILDEBRAND, som offentliggjort större serier af egna fall. Jag skall, så vidt min ringa förmåga sträcker sig, i det följande söka uppvisa de resultat excisions-terapien hittills uppnått samt fördelarna af den samma och särskildt af prof. BERGS operationsmetod. Då jag tyvärr lika litet varit i tillfälle att själf utföra någon operation för spina bifida, som att göra egna undersökningar å hit hörande preparat, måste min framställning uteslutande stödja sig på det material, prof. BERG godhetsfullt ställt till mitt förfogande, samt på den literatur, som varit mig tillgänglig.

<sup>1)</sup> Förhaadl. vid Svenska läkaresällsk. sammankomster år 1886, s. 244.

## II. Definition, embryologi och patologisk anatomi.

Namnet *spina bifida*, som användts alt sedan TULPII tider, skulle, om det toges i ordagrann bemärkelse, ej fullständigt motsvara det patologiska tillstånd, som numera vanligtvis förstås därmed. Liksom en del andra kollektivbegrepp har det emellertid kvarstått i literaturen, innefattande i sig totalsumman af de förändrade anatomiska förhållanden, som uppträda tillsammans med eller i följd af »en klufven ryggrad». Jag har föredragit att bibehålla detta namn, dels emedan det torde vara det oftast använda, och dels emedan ingen af de synonymer, som här och där förekomma (*hydrorhachis*, *hiatus spinalis m. fl.*), i och för sig bättre än det samma tydliggöra begreppet.

De flesta kirurgiska handböcker <sup>1)</sup> definiera vanligen *spina bifida* såsom *en kongenital missbildning, hvilken yttrar sig i en herniös utbuktning af ryggmärgskanalens inuchåll genom en defekt i kotorna*. Den patologiska anatomen och embryologien hafva dock utstakat betydligt vidare gränser för denna åkomma och särskildt på senare tider under benämningen *spina bifida* inordnat en mängd företeelser, om hvilkas samhörighet förut mycket tvifvel rådt. Då emellertid denna framställning endast kommer att sysselsätta sig med sådana former, som kunna blifva föremål för operatift ingrepp och de öfriga vidröras blott för tydliggörande af deras sammanhang med de förra, torde det vara nog att bibehålla ofvan anförda kliniska definition.

På grund af i fråga varande missbildnings kongenitala natur måste man tydligtvis förlägga dess första uppkomst till embryonallifvet. Det är också på den väg embryologien utstakat, som man lyckats komma till en rätt tyding af deformationen, och det vore därför kanske på sin plats att före öfver-

<sup>1)</sup> GERHARDT: Handbuch der Kinderkrankheiten 1887, bd VI, afdeln. 1, s. 360.

— MOSENGEL: Congenitale Krankheiten der Wirbelsäule.

ERICHSEN: The science and art of Surgery 1888, vol. II, s. 423.

DUPLOY ET RECLUS: Traité de Chirurgie. Tome III, 1891, s. 763. —

KIRMISSON: Maladies du rachis.

FISCHER: Specielle Chirurgie 1892, s. 283.

HUETER-LOSSEN: Specielle Chirurgie 1892, II, s. 185.

TILLMANNS: Specielle Chirurgie 1892, I, s. 605.

KÖNIG: Specielle Chirurgie 1894, bd III, s. 1.

gången till en mera detaljerad beskrifning af de patologisk-anatomiska förhållandena, göra en kort rekapitulation af den normala, embryologiska utvecklingen hos de kroppsdelar, ryggmärg och ryggrad, som missbildningen närmast gäller. <sup>1)</sup>

Den första antydningen till centralnervsystemet utgöres af en på embryonalkroppens ryggsida befintlig och i dess längd-axel förlöpande smal strimma, som förtjockar sig i förhållande till angränsande delar af epiblastet. Medullarskifvan, som på detta sätt differentierats från den epidermisbildande delen, tillväxer hastigare än omgifningen och bildar, i det ränderna böja sig uppåt, en i början platt ränna, medullarfåran. Under pågående substansförökning fördjupas denna fåra allt mera, medan kanterna, där medullarskifvan öfvergår i den tunnare delen af cellagret, höja sig något öfver omgifningen och bilda de s. k. medullarveckan. Dessa veck tillväxa under utvecklingens fortgång och förena sig så, att medullarfåran slutas till ett rör, som ännu en tid förblir öppet utåt, i det en smal springa kvarstår. Slutligen försvinner äfven denna springa, och ränderna, i hvilka tydligt kunna särskiljas såväl epitelblad som medullarskifva, sammanväxa på det sätt, att de ej blott lägga sig intill hvarandra längs en smal kant, utan från båda sidor om medellinien förenas epitelblad med epitelblad och medullarskifva med medullarskifva. Det sålunda uppkomna medullarröret och det däröfver liggande epitelbladet sammanhänga ännu en kort tid längs hopväxningsranden genom en intermediär cellmassa. Men till slut försvinner äfven denna, i det dess celledement öfvergå dels i epitellagret, dels i medullarröret.

Grundlaget till vertebraternas ryggrad utgöres af den böjliga, stafformiga bildning i mesoblastet, som kallas chorda dorsalis, och som löper genom embryonalkroppen under nervröret. Ungefär samtidigt med ofvan anförda utvecklingsprocesser i det yttre embryonalbladet försiggår i det mellersta, på hvardera sidan om chorda dorsalis differentieringen af primordialsegmenten — de äldre embryologernas primordialkotor («Urwirbel») — som efter hand kringväxa chorda dorsalis ventralt och medullarröret dorsalt. Denna primordialkotornas ömse-sidiga förening på dorsalsidan af nervröret ådrog sig tidigt uppmärksamhet, hvilket bland annat framgår däraf, att RATHKE gaf den ett särskildt namn *membrana reuniens superior*.

<sup>1)</sup> Enl. OSCAR HERTWIG: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte, IV uppl., 1893.

Chordans och primordialesegmentens vidare förhållande till den definitiva ryggradens utbildning berör ej direkt frågan om första uppkomsten af spina bifida och lemnas därför här å sido.

På hvilken tidpunkt af utvecklingen dessa processer hos människoembryot försiggå, är ännu omöjligt att exakt angifva. Man har naturligtvis därom lika liten kännedom, som om andra till människans första embryonallif hörande frågor. En viss ledning gifver den omständigheten, att ett af de tidigaste mänskliga embryoner, som iakttagits, hade en mycket tydlig, på midten redan i tillslutning stadd ryggfåra med starkt framträdande kanter, och att detta embryo af KÖLLIKER<sup>1)</sup> uppskattats till högst tretton dagar.

Uppstår nu i utvecklingsprocessen en rubbning, hvilken har till följd, att någon eller några af de bilaterala bildningar, som ligga på embryots dorsalsida, ej normalt sammanväxa med hvarandra, så grundläggas den missbildning, som fått namnet spina bifida. V. RECKLINGHAUSEN<sup>2)</sup> förklarar den genom antagandet af en hämning i utvecklingsprocessen, en aplasi i de primära anlagen. Om nämligen under embryots utveckling medullarskifvan ej normalt sluter sig till nervrör, och primordialesegmentens dorsala utlöpare icke tränga sig upp och förena sig mellan hornbladet och det färdigbildade nervröret, och en membrana renniens superior således ej utvecklas, så komma de i fråga varande bildningarna att helt och hållet eller delvis kvarstå på den embryonala ståndpunkten, medan embryot i öfrigt kan mer eller mindre normalt utvecklas. Då fostret framfödes föreligger sålunda missbildningen färdig med olika högggradighet, alt eftersom flere eller färre af de konstituerande elementen hindrats från sammanväxning eller — för att begagna ett annat uttryckssätt — deltagit i klyfningen.

Den egentliga orsaken till en dylik rubbning, eller med andra ord etiologien till spina bifida — för så vidt man kan tala om etiologi till en kongenital sjukdom — har varit föremål för en hel del olika hypoteser, som vanligast framkommit i sammanhang med undersökningarna rörande åkommans patologiska anatomi. Härvid måste man särskilja tvänne punkter: den ursprungliga orsaken till klyfningen af de konstituerande delarna, och orsaken till den cystösa tumörens uppträdande.

<sup>1)</sup> KÖLLIKER: Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen. 1880, s. 115.

<sup>2)</sup> F. V. RECKLINGHAUSEN: Untersuchungen über die Spina bifida. Separataftr. ur Arch. für path. Anat. und Phys., bd CV, 1886. s. 151.

Man har frågat sig, huruvida klyfningen varit det primära och vätskeansamlingen det sekundära, eller om förhållandet vore tvärt om. Hufvuddragen af de olika åsikterna härom må i alla största korthet anföras.<sup>1)</sup>

Liksom man har att söka den första noggrannare, anatomiska beskrifningen af spina bifida hos en holländare, TULPIUS, är det äfven en dennes landsman, RUYSCHE, som uppställt den äldsta teorien för åkommans patogenes. Han ansåg orsaken böra sökas i en med hydrocephalus internus kombinerad hydro-myeli, som hade till följd, att en del af medullarröret utstjälptes ur ryggmärgskanalen. Teorien akcepterades af MORGAGNI och äldre med honom ungefär samtidiga forskare, som kommenterade och vidare utvecklade den. En alt för stor vätskemängd tänktes uppstå i spinalkanalen (resp. ryggmärgskanalen), och på det ställe, där muskler och fascier gjorde minsta motståndet, — vid platsen för processus spinosi — bildades en herniös utbuktning, eller säcken brast sönder, och en platt ränna, en rachischisis, blef slutprodukten. Till denna åsikt slöto sig i senare tider FÖRSTER, AHLFELD o. fl. Emot deras teori uppträdde i början af innevarande sekel MECKEL, som ansåg, att spina bifida och därmed analoga företeelser borde uppfattas såsom »Hemmungs-bildungen», samt att deras orsak låge i en »Bildungsmangel», eller, för att tala med de senare anhängarne af denna åsikt, i en lokal aplasi, hvilken vore att söka i de mesoblastiska anlagen. Till stöd för en dylik åsikt hafva anförts flere speciella moment: en persisterande förbindelse mellan medullarröret och hornbladet (RANKE), en interposition af ägg-hinnorna eller amnionitiska strängar i ryggfåran (CRUVEILHIER, PANUM) och slutligen abnorma böjningar af det växande embryot (LEBEDEFF). v. RECKLINGHAUSEN uppträder som motståndare till åsikten om en embryonal hydromyeli såsom primär orsak till spina bifida. Han har visserligen icke några direkta bevis att ställa däremot, men han anser den dock vara i högsta grad osannolik. Att hydrocephalus och spina bifida cystica förekomma på en gång, uppfattar han såsom ett koordinations-tillstånd och finner stöd för denna uppfattning bland annat därnti, att två cystor kunna samtidigt existera hos en patient, utan

<sup>1)</sup> Hufvudsakligen efter v. RECKLINGHAUSEN a. st. och MARCHAND i EULENBURGS Realencyclopedie, bd 18, s. 437, II uppl. 1889 samt PAUL SCHUTZ: Ein Fall von Spina bifida und Myelomeningocele. Dissertat. Königsberg 1891, hvilka äfven närmare angifva de resp. författarnes källskrifter.



att ryggraden i mellanrummet emellan dem visar några patologiska förändringar. RANKES åsikt om den kvarstående förbindelsen mellan mærg- och hornbladet måste, säger v. RECKLINGHAUSEN, falla för det faktum, att myelomeningocelenas öfversta parti (arean) alldeles saknar element från hornbladet. CRUVEILHIERS teori om ägghinnornas sammanväxning med fostret såsom orsak till spina bifida, synes honom så mycket mindre sannolik, som ett af hans egna fall, där denna sammanväxning egt rum, bevisar raka motsatsen och LEBEDEFFS antagande, att abnormala krökningar i cerebrospinalaxeln skulle kunna framkalla spina bifida, bemöter han därmed, att LEBEDEFF dels lemnat öppen frågan om orsaken till dessa krökningar, dels icke kunnat bevisa att hans tidsföljd — först krökning, sedan missbildning — är den verkliga.

Om alla dessa teorier kan det omdöme fällas, att de ej innehålla något positift rörande etiologien till spina bifida. Äfven v. RECKLINGHAUSENS teori, som ofvan anförts, kan sägas i själfva verket ej utgöra annat än en omskrifning af anatomiska fakta. Så länge man ej närmare känner orsakerna till cellproliferationen, kommer väl också denna fråga att röra sig på hypotesernas område.<sup>1)</sup>

Man är numera tämligen ense om att förlägga rubbningens uppträdande till en ganska tidig period af embryonallifvet.<sup>2)</sup> Men då nästan alla de preparat, som kunnat blifva föremål för undersökning, tillhöra den postembryonala tiden, hafva sådana störelser i utvecklingsprocessen, som egt rum i dennas begynnelse, hos dylika preparat redan fått sin definitiva afslutning. En färdig produkt har förelegat, och dess bildande har försiggått på ett ställe, som är oåtkomligt för undersökning. Det gäller därför om tiden lika väl som om sättet för rubbningens uppkomst, att man endast genom jämförelser och analogier kan komma till någon kunskap därom. En synnerligen god ledning för bedömandet af dylika analogiers riktighet, lemna de undersökningar, som HERTWIG<sup>3)</sup> offentliggjort i sin

<sup>1)</sup> Jfr 1) F. BAUER: Über die angeborene Wirbelspalte. Dissert. Erlangen 1888, s. 17.

<sup>2)</sup> CURT FOSS: Beitrag zur Casuistik der Spina bifida. Dissert. Königsberg 1889, s. 39.

<sup>2)</sup> Jfr R. BENEKE: Ein Fall von unsymmetrischer Diastematomyelie mit Spina bifida. Festsehr. f. E. WAGNER, Leipzig 1888 — autoref. i Schmidts Jahrb. 1888, bd 218, s. 127.

<sup>3)</sup> OSCAR HERTWIG: Urmund und Spina bifida. Arch. f. mikroskopische Anatomie 1892, hd 39, h. 3.



afhandling »*Urmund und Spina bifida*». Hos de lägre ryggradsdjuret, hvilkas ägghinnor äro genomskinliga, har han nämligen lyckats experimentelt framställa och steg för steg följa utvecklingen af denna missbildning. De resultat, han vid dessa försök erhållit, föranleda honom att fullkomligt ansluta sig till v. RECKLINGHAUSENS åsikter. Hvad denne kallar »*Wachsthums-mangel des Blastoderms*» består, enligt HERTWIG, i »*eine Hemmung des Verschlusses des Urmunds*» på ett sätt, som han faktiskt iakttagit hos amfibie- och fiskembryoner. Solche Wachsthumschwächen oder Bildungshemmungen werden natürlich am evidentesten, wenn sie das Gerüst, die Knochenplatten befallen», säger v. RECKLINGHAUSEN,<sup>1)</sup> och han framhåller, att dessa vanligen draga de andra embryonalbladen med i rubbningen. Det är hufvudsakligen i tvänne riktningar, transverselt och longitudinelt, som aplasien i ryggradsanlaget gör sig gällande. I förra fallet uteblir den mediana föreningen af de bilaterala ryggradsanlagen, i de senare blir ryggradens tillväxt i längdriktning ofullständig. Då dessutom under embryots vidare utveckling sekundära processer i form af kroniska inflammationstillstånd med lokal vätskeansamling kunna tillstöta — och detta i rum, som knapt hafva större lumen än kapillärerna — så är det tydligt, att en mångfald af vidt skilda former, hvilka doek alla låta sig hänföra till samma utvecklingsrubbning, kunna uppstå.

I de från den normala typen mest afvikande formerna får man att göra med monstrositeter, som aldrig kunna föra ett själfständigt lif. Såsom leder i en kedja af öfvergångsformer till mindre högggradiga missbildningar, hafva de i den moderna embryologien och teratologien ådragit sig stor och berättigad uppmärksamhet [PANUM,<sup>2)</sup> BRAUNE,<sup>3)</sup> HERTWIG<sup>4)</sup>], men någon praktisk betydelse hafva de icke. Det är först med de i kliniskt afseende anmärkningsvärda deformiteterna, som det rent kirurgiska intresset vidtager och de former, till hvilka kirurgien har att taga hänsyn, äro de herniösa utbuktningarna af spinalkanalens innehåll. Denna begränsning förutsätter sålunda a priori både att ryggraden i öfrigt skall vara

<sup>1)</sup> A. st., s. 151.

<sup>2)</sup> PANUM: Beiträge zur Kenntniss der pbys. Bedeut. der angeb. Missbild. Virchows Arch., bd LXXII, 1878 (enl. HERTWIG).

<sup>3)</sup> BRAUNE: Die Doppelmisbildungen und angeborenen Geschwülste der Kreuzbeingegegend, 1862 (enl. HERTWIG).

<sup>4)</sup> HERTWIG: Urmund und Spina bifida, a. st.

normalt tillsluten, och att missbildningen ej har dimensioner, som äro oförenliga med det post-fetala lifvet.

Genom utförliga och sorgfälliga undersökningar sedan början af 80-talet [KOCH,<sup>1)</sup> Clinical Society's kommitté,<sup>2)</sup> v. RECKLINGHAUSEN,<sup>3)</sup> MARCHAND,<sup>4)</sup> HILDEBRAND,<sup>5)</sup> MUSCATELLO<sup>6)</sup> m. fl.] har kunskapen om spina bifidas patologiska anatomi i högst betydlig mån utvidgats. Sedan anatomiska fakta bragts i öfverensstämmelse med den moderna embryologiens resultat, har vetenskapen därjämte vunnit fördelarna af en förenklad nomenklatur. KOCH använder sålunda den gamla FÖRSTERSKA benämningen *Rachischisis* för att beteckna en total klyfning af ryggradskanalen, under det han ger namnet *Spina bifida* åt de partiella ryggradsklyfningarna, v. RECKLINGHAUSEN brukar beteckningarna *rachischisis* och *spina bifida* något annorlunda. Under den förra rubricerar han både de totala och de partiella ryggradsklyfningarna, medan han låter den senare omfatta endast de med cystös tumör förbundna formerna. MARCHAND slutligen tillägger dessa sist nämnda den äfven af HILDEBRAND akcepterade bestämningen *cystica*.

*Spina bifida cystica* förekommer under tre skilda former: *myelomeningocele*, *myelocystocele* och *meningocele* samt dessutom med en kombinationsform mellan de båda sist nämnda, *myelocysto-meningocele*. Den klaraste insikten i sättet för dessa cystors bildning vinner man genom att utgå från en partiel rachischisis. Leda nämligen rubbningarna under embryonal-lifvet därhän, att den mediana föreningen af de bilaterala anlagen till alla de organ, som utgå från embryots dorsalsida, sålunda hud, fascier, muskler, kotor, meninger och ryggmärg, icke eger rum, så uppstår hvad man sedan FÖRSTERS dagar kallat *rachischisis*. Ryggens mjukdelar äro här i större eller mindre grad dorsalt klufna, och den ringformiga sammanslutningen af hågdelarna hos en eller flere kotor har uteblifvit.

1) WILH. KOCH: Mittheilungen über Fragen der Wissenschaftlichen Medicin I. Beiträge zur Lehre von der Spina bifida 1881.

2) Report of the Committee on Spina bifida. Transactions of the Clinical Society of London, vol. XVIII, 1885, s. 339.

3) A. st.

4) A. st.

5) HILDEBRAND: Patologisch-anatomische und klinische Untersuchungen zur Lehre von der Spina bifida und den Hirnbrüchen. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, bd 36, XIV, 1893.

6) G. MUSCATELLO: Ueber die angeborenen Spalten des Schädels und der Wirbelsäule. Arch. f. klinische Chirurgie, bd 47, VII & VIII, 1894.

Meninger och ryggmärg ligga skifligt utbredda i den ränna, som utgör ryggradens bakre del. På väl konserverade preparat ser man hudkanterna direkt öfvergå i ryggmärgsresternas sidokanter, epitelet gränsa intill nervväfnaden och meningerna på motsvarande sätt lateralt fortsätta sig i det subkutana bindväfslagret [HILDEBRAND<sup>1)</sup>]. Om nu en vätskeansamling uppstår mellan arachnoides och pia, ventralt om ryggmärgsresterna, komma dessa naturligtvis att jämte pia, utbuktas bakåt genom defekten i kotbågarna och bilda en säck, hvars vägg till större delen utgöres af pias ventrala yta. En på detta sätt uppkommen cysta kallar v. RECKLINGHAUSEN *Myelomeningocele*. Är klyfningen mindre höggradig, så att den endast gäller kotbågarna och dura mater, medan de mjuka hinnorna och ryggmärgen äro tillslutna, så kan en vätskeansamling uppstå uti och efter hand dilatera ryggmärgens centralkanal. Cystan kallas då *myelocystocele*. Samlar sig under samma förhållanden vätskan i stället i subaraknoidalrummet, så att arachnoides utbuktas, under det ryggmärgen förblifver på sin normala plats, kallas en dylik cysta *meningocele*.

Det gemensamma för dessa tre former är sålunda: defekt i kotorna plus defekt i duran. Skilnaden ligger i utbuktningen af ryggmärgen. Denna har varit störst hos *myelomeningocele*, mindre hos *myelocystocele* och als ingen hos *meningocele*.

I sina hufvuddrag har denna v. RECKLINGHAUSENS indelning af spina bifida hittills stått obestridd. Nyare undersökningar af HILDEBRAND och MUSCATELLO hafva utvidgat och något modifierat den. Grundregeln att vid de cystösa formerna af spina bifida duran *alltid* är defekt, har bestridts af HILDEBRAND. Han uppställer en ny kategori, där endast kotbågarna äro klufna, men alla de andra bildningarna slutna. Uppstår en vätskeansamling i subduralrummet, utbuktas duran, och man får en ny form af *meningocele* — *meningocele duralis*. Samlar sig slutligen vätskan i subaraknoidalrummet utbuktas arachnoides plus dura. Denna tredje form af *meningocele* kallar HILDEBRAND *meningocele arachnoidalis*.

En mera sällan förekommande kombinationsform mellan *myelocystocele* och *meningocele* räknade v. RECKLINGHAUSEN till *myelocystornas* grupp. At denna form gifva v. RECKLINGHAUSEN och MUSCATELLO, alt efter *meningocele*ts plats i förhål-

<sup>1)</sup> A. st., s. 468. Jfr D. FISCHER: Über die lumbodorsale Rhaehische o. s. v. Beiträge z. pathol. anat. 1889, bd 5, VI, s. 161.

lande till dilatationen i ryggmärgen, trenne olika benämningar: *myelocysto-meningocele dorsalis*, *dorso-ventralis* (i. *antero-posterior*) och *ventralis*.

I detta sammanhang bör måhända omnämnas den egenomliga form, som fått namnet *spina bifida occulta*. Genom sekundära förändringar kan en obliteration af utbuktningens kommunikation med ryggmärgskanalen framkallas. På sådant sätt åstadkommer naturen någon gång en spontan läkning, och om denna försiggått in utero kan fostret komma till världen utan någon synlig tumör. Omkring ett tjugotal dylika fall äro omnämnda i literaturen, men att närmare ingå härpå skulle föra alt för långt utom planen för denna framställning.<sup>1)</sup>

Enligt sin natur måste spina bifida alltid förekomma i, eller åtminstone nära intill ryggens midtlinje och alt efter dess läge i de skilda regionerna har man gifvit den olika adjektivbestämningar: *cervicalis*, *thoracica*, *lumbalis*, *sacralis*, *coccygealis* samt kombinationer emellan dessa. Innan man närmare kände missbildningens patogenes, fäste man ej så liten vikt vid denna region-indelning, emedan man ansåg, att vissa former vore bundna vid vissa regioner. En sorgfälligare granskning af denna fråga har visserligen konstaterat, att det i någon mon förhåller sig så, men äfven att hvilken form som helst kan förekomma hvar som helst på ryggraden.<sup>2)</sup> Det är emellertid sedan gammalt känt och äfven statistiskt fastställt, att spina bifida oftast har sin plats i de lumbala och sakrala regionerna. Man har förklarat detta faktum så, att de embryonala rubbningarna kunna lättast uppträda i dessa regioner, emedan ryggfåran här *sist* tillslutes. Frekvensen i de olika regionerna angifves af auktorerna på följande sätt:

1) Jfr WALTER WANJURA: Von der genetischen Beziehung der über der Wirbelsäule gelegenen circumscripten Hypertrichosen zur Spina bifida occulta. Dissertat. Berlin 1892, — och JENS SCHOU: Spina bifida occulta med hypertrichosis lumbalis. Ugeskrift for Læger, R. 4, XXVII, 1 & 2, 1893, o. fl.

2) HILDEBRAND, a. st., s. 502: »Der Sitz beweist, wie aus meinen Untersuchungen hervorgeht, nichts.»

Författare.	R. coccyge- alis.	R. sacralis.	R. lumbosacralis.	R. lumbalis.	R. thoraco- lumbalis.	R. thoraco- lumbo-sacr.	R. thoracica.	R. cervico- thoracica.	R. cervi- calis.
WERNITZ <sup>1)</sup> . . . . .	—	53	127	—	9	—	6	3	12
DEMME <sup>2)</sup> . . . . .	—	7	11	17	—	—	15	2	5
Lond.-komitéen <sup>3)</sup> . . . . .	7	42	42	108	8	2	14	2	11
MORTON <sup>4)</sup> . . . . .	—	7	—	51	—	—	8	—	1
BELLANGER <sup>5)</sup> . . . . .	2	66	49	125	6	—	25	2	22
	9	175	229	301	23	2	68	9	51

1) AUG. WERNITZ: Die Spina bifida in ætiologischer und klinischer Beziehung. Dissert. Dorpat 1880, s. 36.

2) DEMME: Zusammenstellung der im Kinderspitale behandelten Fälle von Spina bifida nebst kasuistischen Beiträgen von komplizirender Rückenmarkserkrankung bei Spina bifida. Zwanzigster Medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals. Bern 1882 (enl. Cl. Soc's Report).

3) A. st., s. 374.

4) JAMES MORTON: The treatment of Spina bifida by a new method. London 1887, s. 13.

5) CYR. BELLANGER: Traitement du spina-bifida. Thèse. Paris 1891, s. 87.

Tumören är nästan alltid solitär, men fall hafva iakttagits både där två cystor funnits samtidigt (DEMME), och där en cysta förekommit på samma gång som en rachischisis (HILDEBRAND). Vid dylika fall synes det vanligen vara regio lumbalis och regio cervicalis, som båda äro säte för missbildningen.

Spina bifida-tumörerna hafva nästan alltid rundad *form*, ehuru tydligtvis en mångfald af variationer härvidlag kunna förekomma. Från den rent sferiska cystan finnas öfvergångar till de elliptiska, ägg- eller päronformiga samt mer eller mindre oregelbundet rundade. Det är själfklårt att den ovala, med längdaxeln förlöpande i longitudinel riktning, måste anses såsom den mest typiska. I sällsynta fall finner man till följd af skiljeväggar i tumörens inre dess yta lobulerad. Ganska ofta har den närmare toppen en nafvelliknande indragning. I de fall, där komplikationer med andra tumörer uppträda, bestämes naturligtvis den yttre formen hufvudsakligen af dessa bildningars förhållande till hvarandra. Tre väsentliga faktorer betinga i det stora hela cystans form: 1) utsträckningen och formen af defekten i ryggraden: 2) mängden af den vätska, som innehålles i tumören, och 3) den olika motståndskraften hos de yttre betäckningarna, eller partiela afdelningar med skiljeväggar inuti cystan.

Tumörens *storlek* kan variera i oändlighet; vanligtvis jämföres den med en valnöts, ett äpples, en appelsins o. s. v. I enstaka fall kan cystan uppnå högst betydande dimensioner [BERGER, DURAND, RICARD m. fl.<sup>1)</sup>].

*Defekten* i kotbågarna kan uppträda i endast en eller sträcka sig till flere kotor. I sällsynta fall har man iakttagit spina bifida-tumörer, där ingen defekt i kotorna kunnat påvisas, utan säcken frambuktat i ett intervertebralrum. Oftast saknas laminae helt och hållet, eller äro endast antydda genom ett par små förkrympta protuberanser. HILDEBRAND uppgifver, att öfvergångsformer finnas, till och med så långt, att endast de yttre spetsarna af proc. spin. äro klufna — såsom det normalt förhåller sig hos halskotorna. Vanligtvis sträcker sig defekten till mer än en kota, men fast dess storlek är ett af de moment som väsentligen betinga tumörens form, är det icke alltid gifvet, att en till utseendet mindre betydande tumör skall motsvaras af en mindre defekt. Dispositionen af de ossösa partierna har

<sup>1)</sup> Jfr BRIGGS: On a case of spina bifida with the largest Tumor on Record. The medical Record 1883 d. 29/12.

hittills i de flesta fall endast haft ett rent anatomiskt intresse, men sedan DOLLINGER uppträdt med sin osteoplastiska metod, vid hvilken han använder delar af kotbågarna till täckande af defekten, hafva dessa frågor äfven fått en viss praktisk betydelse.

I sista upplagan af KÖNIGS kirurgi har HILDEBRAND lemnat en schematisk öfversikt af det inbördes förhållandet mellan de olika formerna af spina bifida cystica.

I) Klyfning af ben + dura + mjuka hinnor + ryggmärg:

a) utan hydrops = *rachischisis posterior*,

1) totalis.

2) partialis,

b) med hydrops i mjuka hinnor = *myelomeningocele*.

II) Klyfning af ben + dura; mjuka hinnor + ryggmärg slutna:

a) med hydrops i ryggmärgen = *myelocystocele*,

b) med hydrops mellan arachnoides och pia = *meningocele*.

III) Klyfning af ben; alla hinnor + ryggmärg slutna:

a) med hydrops i subaraknoidalrummet =

b) med hydrops i subduralrummet = } *meningocele*.

Bland dessa former hafva *myelomeningocelen* den tydligast utpräglade karakteren. De utgöras af vanligen bredt sessila, rundade tumörer med föga prominens i förhållande till omgifvande delar. Predilektionsstället är regio lumbosacralis. Vid basen äro de betäckta af hud, som oftast har normalt utseende men någon gång kan vara förtunnad och då merendels skiftar i rosafärg. Ej sällan iakttages en lokal hypertrichosis på öfvergångsstället mellan ryggens hud och cystan. Huden fortsätter sig, under det den altmera förtunnas i en bredare eller smälare zon uppåt tumören och slutar utan tydlig öfvergång i närliggande partier, vid en mer eller mindre skarpt markerad gränslinie. V. RECKLINGHAUSEN benämner detta basala område af cystans betäckning *zona dermatica*. Närmast därintill kommer en ringformig zon med glatt, pärlglänsande yta och tydligt genomskimrande, fina kärlförgreningar. Till utseendet påminner denna yta i viss mån om en serös membran och har säkert af detta skäl fått namnet *zona epithelio-serosa*. Myelomeningocelelets öfversta del intages slutligen af ett vanligtvis ovalt område, som än otydligare än skarpare afgränsar sig från zona epithelio-serosa, och har ett luddigt, sammetsartadt utseende



samt rödaktig färg, starkt påminnande om granulotionsväfnad. Under lupförstoring visar sig på detta parti ett mycket hopslingradt kärlnät — ofta typiskt anordnad i hufvudsakligen transversela banor — äfvensom tvänne grunda insänkningar, de s. k. polgroparna, en öfre kefal och en nedre kaudal. Detta öfversta område kallar v. RECKLINGHAUSEN *area medullo-vasculosa*.

Vid den histologiska granskningen af de element, som bilda myelomeningoceleet, och af dessas förhållande till angränsande, normalt utvecklade delar, finner man i hufvudsak följande: Area medullo-vasculosa består af det nämnda kärlnätet med gröfre och finare maskor, samt af nervsubstans, neuroglia-celler, myelinhaltiga nervtrådar och enstaka ganglie-celler. Polgroparna låta sig på väl konserverade preparat, ofta till och med makroskopiskt, följas in i ryggmärgens centralkanal. På den ventrala ytan har area medullo-vasculosa piaväfnad, hvilken fortsättes på sidorna och nedåt mot cystans bas. I zona epithelio-serosa finner man utom detta piablad äfven ett tunnt lager af skif-epitel, hvilket ibland ger denna zon utseende af ett nybildadt ärr. Zona dermatica har utom den normala huden och dess beståndsdelar ett subkutant bindväfslager, hvari randen af pia mater förlorar sig. Vätskeansamlingen ligger mellan pia och arachnoides ventralt om ryggmärgsrästerna. HILDEBRAND <sup>1)</sup> har påvisat, att den äfven kan ligga mellan tvänne blad af arachnoides och i dylika fall öfvergår det ena arachnoidalbladet, på insidan om pia, i zona epithelio-serosa. Alt efter som det ena eller andra förhållandet eger rum, förlöpa de från area utgående ryggmärgsnerverna fritt genom cystans lumen eller mellan pia och arachnoides. De äro sällan för handen i normalt antal; oftast finner man dem asymmetriska och förkrympta. Några kunna följas till sina resp. foramina, under det andra åter tyckas förlora sig i säckväggen. Mellan de mediala (ventrala) och laterala (dorsala) nervrötterna kan man ibland se resterna af ligamentum denticulatum. Cystans ventrala begränsning utgöres tydligtvis af den å kotkropparna lig-gande duran och arachnoides, hvilka båda membraner i sin dorsala del äro defekta och lateralt förlora sig i den subkutana bindväfven. Sekundära förändringar på cystaväggen uppträda mycket ofta. Vanligtvis utgöras de af en fibrinös eller varig

<sup>1)</sup> A. st., s. 440.



beläggning på area medullo-vasculosa, som därigenom förlorar sitt normala, luddiga utseende. Epitel-öar, uppkomna genom sekundär väfnadstransposition, ärrbildningar och hemorragiska infiltrater, äro vanliga företeelser. Polgroparna tilltäppas, nervrötterna atrofiera, och i samma mån som under cystans tillväxt uttänjningen af dess lumen tilltager, bildas i säckväggen ragader och defekter. Alt detta bidrager till fördunklande af den typiska bilden, som därför sällan återfinnes tydligt utpräglad.

Så pregnant kännetecken, som hos den nu beskrifna formen af spina bifida, förekomma icke hos någon af de öfriga. *Meningocelena* utgöras af merendels stjälkade och genomlysande cystor med vanligen fullt kontinuerlig epidermisbeklädnad. Predilektionsstället är sakralregionen. Defekten i kotorna ligger i medellinien och är oftast palpabel. Cystans innehåll låter sig i regeln lätt reponera i ryggmärgskanalen, tils tumören uppnått en viss storlek, då den ej längre kan komprimeras. DE RUYTER<sup>1)</sup> påpekar, att i olikhet med de sakrala myelomeningocelena, där ryggradsdefekten fortsätter sig i os sacrum, som bildar en platt ränna, sakralkanalen vid meningocoelet sluter sig nedom tumörens stjälk. Sekundära förändringar i form af ragader och ulcerationer å cystans yta äro ej sällsynta, särskildt vid starkt fyllda tumörer, där den förtunnade väggen har mindre motståndskraft.

Om byggnaden af meningocelenas säckvägg äro, såsom antyds, auktorerna ännu ej fullt ense. v. RECKLINGHAUSEN och hans lärjunge MUSCATELLO anse, att »der Mangel der Dura bei allen Spaltbildungen des Schädels und der Wirbelsäule die Regel bildet». <sup>2)</sup> HILDEBRAND åter framhåller, att meningocoeleformer finnas, där dura bildar ett sammanhängande lager öfver hela cystan. <sup>3)</sup> Alt efter vätskans olika läge särskiljer han tre olika former af meningocoele: 1) den ursprungliga v. Recklinghausenska formen med defekt dura, endast beklädd af arachnoides; 2) meningocoele duralis med hel dura och hydrops i subduralrummet samt 3) meningocoele arachnoidalis, likaledes med hel dura, utbuktad jämte arachnoides. <sup>4)</sup> Det må lemnas

<sup>1)</sup> DE RUYTER: Schädel- und Rückgratspalten. Arch. f. klin. Chirurgie, bd XL, 1890, s. 72 ff.

<sup>2)</sup> A. st., s. 225.

<sup>3)</sup> Jfr FRITZ SCHMELAU: Ueber Spina bifida. Dissert. Würzburg 1889.

<sup>4)</sup> A. st., s. 478.

därhän hvilken af dessa åsikter, som är den riktiga. Svårigheten af frågans lösning beror till stor del därpå, att durans och arachnoides väfnadselement ej lätt särskilja sig. Ty man kan visserligen till och med makroskopiskt följa meningocellets membraner in i meningealbladen, men på cystans topp är alltid ett parti, där de så sammansmält med hvarandra, att frågan om duran är defekt eller icke blir nästan omöjlig att besvara. Ryggmärgen är vid meningocellet normalt utvecklad och ligger på sin rätta plats i djupet af can. vertebr. I cystans lumen — någon gång äfven i säckväggen — förgrenar sig ofta ett större eller mindre antal nervtrådar, men det vanligaste är dock, att sådana icke förekomma.

*Myeloecystoclena* hafva till stor del samma makroskopiska utseende som meningocelena. De bilda mer eller mindre klotrunda, bredt stjälkade tumörer med kontinuerlig epiteliälsbeklädning. Huden öfver cystan är oftast veckbar och försedd med ett tjockare eller tunnare lager af subkutan bindväf. I andra fall åter är den mycket förtunnad, starkt utspänd och t. o. m. söndersprucken, eller betäckt med ulcerationer och ärrbildningar. Till konsistensen äro dessa tumörer mjukt elastiska och visa merendels tydlig fluktuation. Om vätskeansamlingen är större och väggen mera förtunnad, äro de genomskinliga. Innehållet låter sig vanligen icke reduceras. Defekten i kotorna är liten och kan endast med svårighet palperas. Enligt v. RECKLINGHAUSEN ligger den alltid på sidan om rygg-radens midtellinie,<sup>1)</sup> men detta kan ej ännu anses som ett odisputabelt faktum.

Till sin histologiska byggnad öfverensstämma vidare dessa cystor med meningocelena däruti, att ryggmärgskanalen under embryonallifvet slutit sig till ett rör. Men därigenom att en sekundär hydrops uppträdt i centralkanalen och dilaterat denna, skilja de sig högst väsentligt från meningocelena. Till följd af vätskans ansamlingsplats träffas naturligtvis inga nerver i myelocystocellets lumen. Cystans insida har en sammanhängande beklädning af cylinderepitel, och i dess vägg finnes ett mer eller mindre mäktigt lager af ryggmärgssubstans. På ryggsidan är detta lager ibland så förtunnadt, att nervsubstansen ända till oigenkänlighet reducerats. Utanföer dessa ryggmärgsrester ligger arachnoides. Duran är, som nämnts, alltid defekt. Cystans

<sup>1)</sup> A. st., s. 118.

hud är oftast försedd med subkutan bindväf, men ibland åter till ytterlighet förtnnad.

Såsom ofvan anförts, uppträder ibland en kombinationsform mellan myelocystocele och meningocele det s. k. *myelocystomeningocelet*. Alt efter sättet, hvarpå denna kombination bildat sig, får den ena cystan en olika relation till den andra. Har ett från ryggmärgens dorsala parti utgånget myelocystocele kombinerat sig med ytterligare en vätskeansamling i *däröfver* liggande subaraknoidalrum (på samma sätt som meningocelet i förhållande till den eljes normala ryggmärgen), så benämner man denna form *myelocystomeningocele dorsalis*. Förbinder sig under liknande förhållanden med myelocystau ett meningocele, hvars lumen ligger *under* (ventralt i förhållande till) ryggmärgen, och den superficielt belägna cystan sålunda tillhör centralkanalerna, blir ryggmärgspartiet i tvärsnittet mer eller mindre halfmånformigt utbreddt mellan de båda vätskefyllda rummen, och man har ett *myelocystomeningocele antero-posterior* (V. RECKLINGHAUSEN)<sup>1)</sup> eller *m. dorso-ventralis* (MUSCATELLO).<sup>2)</sup> Vid den tredje formen: *myelocystomeningocele ventralis*, »bildas myelocystan af ryggmärgens ventrala vägg och omslutes af ett meningocele, under det ryggmärgens dorsala vägg sammanhänges med tumörens yttre höljen och bildar en area medullovasculosa, hvars fria yta är ventralt riktad» (MUSCATELLO).<sup>3)</sup> Äfven i detta fall blir tvärsnittet af ryggmärgspartiet halfmånformigt, men under det föregående form har konvexiteten nedåt, har denna konvexiteten uppåt. Den patologiskt anatomiska byggnaden af dessa cystor är naturligtvis en sammansättning af myelocystans och meningocelelets.

Den i alla dessa slag af spina bifida-cystor inneslutna *vätskan* öfverensstämmer till sina fysiska och kemiska egenskaper närmast med liquor cerebros spinalis. Oftast är den vattenklar och färglös eller har en svag dragning i gult. Förändringar i dess beskaffenhet inträda, då tumören inflammeras eller underkastas punktion, särskildt om denna upprepas. Vätskan blir då opak eller grumlig, ja t. o. m. blodfärgad — frånsett naturligtvis att den äfven kan infekteras och bli purulent. Kemisk analys af spina bifida-vätska har utförts af PETIT,<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> A. st., s. 104.

<sup>2)</sup> » » » 236.

<sup>3)</sup> » » » 240.

<sup>4)</sup> Edl. WERNITZ, a. st., s. 50.

SCHTSCHERBAKOW,<sup>1)</sup> FORSTER,<sup>2)</sup> HALLIBURTON,<sup>3)</sup> SCHWANERT,<sup>4)</sup> GRIMBERT<sup>5)</sup> m. fl., men att anföra dessa forskares analytiska resultat torde ligga för långt utom ämnet. Endast den anmärkningen må göras, att den mest omtvistade punkten, huruvida socker förefinnes i vätskan, tyckes lösas på det sätt, som redan HOPPE-SEYLER antydt. Det optiskt överksamma, icke jäsande ämne i denna vätska, som reducerar kopparoxid» (HAMMARSTEN)<sup>6)</sup> har i flere fall ej kunnat påvisas. Men i samma mon som cystan varit utsatt för irritation ökas den reducerande substansens mängd. I de analytiska tabellerna upptages denna substans vanligen såsom socker.

Utom denna vätska innehåller, såsom redan vidrörts, myelomeningocoelet *alltid*, och meningocoelet *ibland* nervtrådar. Fördelningen af dessa nervelement kan i någon mon variera. I de fall af myelomeningocoele, där ryggmärgsresterna icke reducerats till oigenkänlighet, kan man se dem i ganska grofva stammar utgå från arean längs cystans dorsala meridian. Men i andra fall äro de mer eller mindre rudimentära och synas leda sitt ursprung från punkter på zona epithelioserosa, som ligga i en viss symmetrisk anordning på vardera sidan om medellinien. Från utgångsstället taga de ett transverselt, ja t. o. m. rekurrent förlopp i riktning mot de resp. foramina intervertebralia. Denna abnormala riktning är således utmärkande vid ryggmärgsresternas utbuktning, i motsats till det normala förhållandet, då nervrötterna afgå i en vinkel, som är spetsigare ju längre ned på ryggraden afgangsstället ligger. Förklaringen af detta fenomen har man trott sig finna däri, att medan under normala förhållanden ryggrad och ryggmärg ej hålla jämna steg i sin tillväxt, utan den förra växer hastigare än den senare, blir däremot vid bildandet af spina bifida cystica meningealutbuktningen så att säga fixerad i kotdefekten, hvarigenom det deltagande ryggmärgspartiet kommer att förskjutas i kaudal riktning.

1) Enl. WERNITZ, a. st., s. 50.

2) » » » » » 350.

3) Enl. *Clin. Soc's Report*, a. st., s. 350.

4) Enl. JOHANNES VASSALLI: Ueber die Behandlung der Spina bifida mit Injection von Jodlösungen, Dissert. Greifswald 1886, s. 12.

5) GRIMBERT: Analyse d'un liquide de spina-bifida. *Journ. de pharmacie et de chim.* 1891, 5, XXII, 331.

6) HAMMARSTEN: *Fysiol. kem.* 1883, s. 168.

De nervelement, som vid meningocelen anträffas i säckens lumen, måste på grund af ryggmärgens förhållande till cystan vara af obetydligare fysiologiskt värde än myelomeningocelenas nerver. Nervelementen hos meningocelen hafva oftast utseende af smärre, mycket fina, i cystaväggen merendels slutande grenar.

### III. Diagnos, prognos och frekvens.

Diagnosen af en spina bifida cystica är i allmänhet icke svår att ställa. En cystös tumör med de nyss anförda kännetecknen och belägen i ryggens medellinie behöfver man sällan misstaga sig på. De kliniska symptomen äro dels fysiska, hörande till tumören, dels funktionela, konkomitterande fenomen, som äro sekundärt beroende af denna. Bland de förra märkas i främsta rummet cystans läge och form, hvilka punkter i det föregående afhandlats, samt vidare dess konsistens. Denna är i de flesta fall elastisk, ibland mjuk, men stundom äfven fast. Mer eller mindre tydlig fluktuation låter sig äfven oftast påvisas. I enstaka fall kan man palpera de rudimentära kotbågarna vid tumörens bas, ja till och med konstatera defekten i columna vertebralis. Är spänningen i cystan ej särdeles stor, händer det att tumören till någon del låter sig reponeras i ryggmärgskanalen. Vid försök att komprimera en starkare spänd cysta uppträda ibland konvulsiviska symptom, tydligtvis beroende på retningen af det centrala nervsystemet. Någon gång iakttages vid stark kompression en frambuktning af stora fontanellen. Den intima förbindelse, i hvilken det centrala nervsystemets serösa rum stå med hvarandra, kan tillräckligt förklara dylika fenomen, utan att man behöfver — såsom vissa forskare velat — däri se ett patognomoniskt kännetecken på det ena eller andra slaget af cystor.

Bland de funktionela symptomen ådraga sig i främsta rummet de nedre extremiteternas förhållande uppmärksamhet. En högre eller lägre grad af pares eller paralyt, gående ända till fullständig förlamning af en eller båda undre extremiteterna, kan ofta föreligga, under det i ett annat fall högst få, stundom inga innervationsrubbnings kunna spåras. Denna olikhet beror i första hand på graden af ryggmärgens deltagande i cystans bildning. Förlamningen gäller tydligtvis äfven de sensibla ner-

verna. I blåsa och rectum uppträder ofta paralyysi och såsom mera sekundära yttringar af innervationsrubbnings i dessa organ, kunna nämnas cystiter, calculi vesicales och polyuri samt prolapsus recti et vaginæ. Ett flerfaldiga gånger iakttaget symptom från nedre extremiteterna är pes varus. Merendels träffar detta blott den ena foten, men i många fall båda, liksom äfven andra deformiteter i fötterna iakttagits i sammanhang med spina bifida. Deviationer af ryggraden, skolioser, kyfoser och lordoser förekomma äfven, likaledes anomalier<sup>1)</sup> och förkortningar af andra skelettets ben. Vida allvarsammare komplikationer — vanligen ej förenliga med individens lif — äro abdominalhernier, partiela eller totala eventrationer af buakens viscera, nafvelbräck, blåsektopier o. d., än uppträdande ensamma, än förenade till hvad v. RECKLINGHAUSEN kallat »Nabelschnurbruchdarmspalte och fransmännen »fente abdomino-vesico-intestinale». En komplikation, som ofta förekommer vid spina bifida är hydrocephalus och såsom sekundär till denna någon gång allmän atrofi. Slutligen har DE RUYTER påpekat en påfallande stor frekvens af bronkiter hos barn, behäftade med spina bifida. Såsom stående i mera aflägsset sammanhang med spina bifida må ock nämnas imperforatio ani, perforatio septi atriorum cordis o. s. v.<sup>2)</sup>

I differential-diagnostiskt afseende måste man i första rummet tänka på komplikation med teratom, ty äfven de mest egendomliga bildningar, som utgå från ryggens medellinie, kunna förekomma samtidigt med en spina bifida.<sup>3)</sup> De olika slag af tumörer, som företrädesvis uppträda i sakralregionen, äro enkla och sammansatta dermoider, cystosarkom och subkutana parasiter samt cystokavernösa lymfangiom (v. BERG-

<sup>1)</sup> Jfr BOK: Die Knoehendefekte am Schädel von Neugeborenen compliciert mit Spina bifida. Dissertat. Tubingen 1890 och

HUMPHRY: Six specimens of spina bifida with bony projections from the bodies of the vertebrae into the vertebral canal. Joura. of anat. and phys. 1886, XX, July 4, s. 585, samt

RODE: Anförande om spina bifida i det Medicinske Selskabs Forhandlingar i Året 1887. Norsk Magaz. for Lægevidenskaben, R. 4, Bd 2, S. 118.

<sup>2)</sup> BERGSTRAND & CARLSSON: De spina bifida. Dissertatio. Upsalæ 1838.

<sup>3)</sup> En särskildt anmärkningsvärd sådan, som blifvit extirperad, beskrives af JONES och LARKIN i Brit. med. joura. 1889, 11, aug. 10, s. 310. Den utgjordes af en i nacken belägen kongenital tumör, som i sin öfre del, till följd af att huden retraherats, hade en fördjupning och i den nedre en projektion, hvilken kändes som en underarm och slutade med tre fingrar, så fullständigt utbildade, att de voro försedda med naglar. Armens ben kunde tydligt palperas inuti tumören.

MANN).<sup>1)</sup> I öfriga regioner har man att erinra sig myom, fibrom och lipom samt blandningsformer mellan dessa, hvilka möjligen kunna gifva anledning till förväxling med eller bilda komplikationer till spina bifida. KOCH<sup>2)</sup> omnämner slutligen ett fall, där förväxling egt rum mellan en spina bifida cystica och en kongenital hernia ischiadica. Då den senare har sin plats lateralt, under glutæus maximus och den förra i medellinien, måste det här hafva gällt en stor tumör, som förskjutit sig lateralt eller mediant.

Af vida större vikt än särskiljandet af spina bifida cystica från andra tumörer, hvilka jämförelsevis sällan kunna föranleda allvarsammare misstag, är *differentieringen af de olika formerna: myelomeningocele, meningocele, myelocystocele* samt *myelocystomeningocele*. I den föregående patologisk-anatomiska beskrifningen äro angifna de kännemärken, som mest karakterisera det ena eller andra slaget, men icke få fall gifvas, där en differentialdiagnos kan erbjuda de allra största, för att icke säga öofvervinnerliga, svårigheter.

I de rent typiska fallen, där den medullovaskulära väfnaden och den egendomliga inrättningen af dess area kan med blotta ögat eller med lufpförstoring iakttagas, är diagnosen af ett *myelomeningocele* ganska lätt. Svårare blir förhållandet, då betäckningarna äro säte för ulcerationsprocesser med ty åtföljande komplikationer: exsudat, hemorragiska infiltrat m. m. Uppmärksamheten bör i dylika fall särskildt riktas på polgroparna. Tyvärr äro ej häller dessa alltid synliga, då äfven de kunna vara förändrade genom ofvan omtalade komplikationer. Såsom en egendomlighet för denna form har man anført, att cystans öfversta parti har en nafvelliknande indragning, antydande ryggmärgens öfvergång i area medullo-vasculosa, och denna omständighet kan, i de fall där polgroparna äro otydliga, vara af värde i diagnostiskt hänseende. Dock bör man akta sig för att med en dylik indragning förväxla ärriga sammansmörningar af cystaväggen, hvilka ofta förekomma då en intrauterin ruptur läkts. Defekten i kotorna är i alla fall af

<sup>1)</sup> V. BERGMANN: Zur Diagnose der angeborenen Sacral-Geschwülste. Berlin. klin. Wochenschr. 1884, n:r 48 o. 49. (Nach einem Vortrage in der Berlin. med. med. Gesellsch.) — Jfr 1) BENNY WOLFF: Über den Erfolg von chirurgischen Eingriffen bei Spina bifida. Dissert. München 1886. 2) EUG. STORCH: Zur Spina bifida. Dissert. Greifswald 1889.

<sup>2)</sup> A. st., s. 49.



myelomeningocoele relativt stor, och, där cystans spänning och volum ej ntgöra hinder, lätt palpabel. Om innehållet låter sig i någon större utsträckning reponeras, kan man ibland igenom betäckningarna känna strängar, antingen fritt förlöpande genom cystans kavitet eller också i form af förtjockningar i dess vägg. Gifver palperingens intet resultat, anser DE RUYTER, att man bör taga peruciditetsprof till hjälp, och kommer man härvid ej till klarhet på det vanliga sättet, tillråder han att en elektrisk glödlampa anbringas i ryggens nivå. Undersökningen med passande bländning skall alltid visa duplikaturer, om dylika finnas. »Ivarje den minsta lilla duplikatur», säger samme förf., »bör genast misstänkas för att vara en nerv.» Men det får icke för-gätas att dylika duplikaturer äfven kunna vara en produkt af inflammatoriska processer. Man har vid myelomeningocelena icke så ofta iakttagit andra samtida missbildningar, som vid myelocystorna, medan däremot vid de först nämnda förlamningar i allmänhet äro talrika.

Långt svårare ställer sig differentialdiagnosen mellan *meningocoele* och *myelocystocoele*. Båda hafva mycket lika yttre kännetecken. *Meningocoelet* har vanligen normala betäckningar, såvida ej här liksom ofta hos myelomeningocoelet sekundära förändringar inträdt. En smalare stjälk och ett cervikalt läge har man ansett såsom karakteristiskt för meningocoelet, men HILDEBRAND påvisar, att det ej så sällan uppträder äfven med bred stjälk och i sakralregionen. Defekten i kotorna är svår att palpera. Enligt en del författare skulle nervösa symptom förekomma i ringa grad vid meningocoelet, men HILDEBRAND har ådagalagdt, att detta kännemärke icke håller är konstant, ty i många fall af meningocoele visa sig svåra nervösa rubbningar. Såsom ett differentialdiagnostiskt tecken har man framhållit, att genomskinligheten i allmänhet är större hos meningocelena än hos myelocystocelena. Nerver kunna mera sällan palperas hos de först nämnda, förlamningar förekomma mindre ofta, och konkommitterande missbildningar uppträda nästan aldrig.

*Myelocystocoelet* har äfven normala betäckningar såvida ej ulcerationsprocesser m. m. dylikt egt rum. Predilektionsstället anses vara sakrolumbalregionen, och cystans bas är vanligen bred, men intetdera kännetecknet är exklusift. I allmänhet äro de nervösa symptomen talrika. Kotdefekten är svår att palpera, men lyckas man därnti, talar en lateral defekt tämligen säkert för ett myelocystocoele. De konkommitterande miss-



bildningarna äro ytterst talrika hos myelocystocelet. Asymmetrier i kotorna, falska ledställningar i ryggrad och extremiteter, mer eller mindre dislocerade abdominalorgan (hernier, eventrationer, »Nabelschnurbruchdarmspalte» o. s. v.) förekomma ofta och äro ej sällan så starkt utpräglade, att ingen möjlighet finnes för individens existens. Förflamningar uppträda äfven talrikt ehuru ej konstant (HILDEBRAND).

Hvad den af v. RECKLINGHAUSEN och MUSCATELLO gjorda indelningen af *myelocystoclena* beträffar, så är differentialdiagnosen här ytterst svår att ställa. Har eystan en kontinuerlig hudbetäckning och relativt stor samt lätt palperbar kotdefekt, är man berättigad att misstänka ett *myelocystomeningocele dorso-ventralis* eller *myelocystomeningocele ventralis*. Den dorsala afarten af myelocystomeningocelena låter sig däremot ej på detta sätt diagnosticera.

Ofta kan ej någon bestämd differentialdiagnos ställas emellan meningocele och myelocystocelet, förr än man genom incision i cystans vägg fått en öfverblick af dess inre. En glatt, pärlglänsande membran utan eller med ett nätverk af fina hvita nervtrådar i väggen talar för *meningocele*. En gråaktig eller gråbrunn, af ecchymoser öfversållad inre yta åter med maskor af smutsigt hvit färg och utan bindväfssträngar eller nervliknande bildningar karakteriserar ett enkelt *myelocystocele*. Är membranens insida gråaktigt färgad, glänsande eller opak och försedd med nätformigt anordnade upphöjningar, och gå talrika, kärllförande bindväfssträngar från den samma i riktning mot kotdefekten, där man iakttagit en liten hvit, rundad svulst af samma utseende som ryggmärgsubstanten, föreligger ett *myelocystomeningocele dorsalis*. Liknar säckväggens inre myelocystornas och finner man på botten af den breda ryggradsdefekten en hvitgrå, i två tjocka längsgående vulster anordnad väfnad med utseende af medullärsubstans, har man, framför allt om konkomitterande missbildningar föreligga, rättighet att diagnosticera *myelocystomeningocele dorso-ventralis*. Finner man slutligen en säck, hvars insida har myelocystornas karakter, medan ryggmärgen, sammanvuxen med säckväggen, förlöper på dennes ryggsida, lyder diagnosen på *myelocystomeningocele ventralis* (MUSCATELLO).

Af allt detta framgår tydligt, huru nära nog omöjlig en fullständig differentialdiagnos är, utan att incision göres. Den ena formens symptom flyta emellanåt alldeles öfver i den an-

dras, medan de vid ett annat tillfälle skilja sig med tydliga, skarpa gränser. Men att endast i diagnostiskt syfte göra ett så pass allvarsamt ingrepp, som en incision, måste med fullt skäl anses förkastligt. Incision bör ej företagas utan i sammanhang med operation, och därför måste ofta differentialdiagnosen uppskjutas, tills vid det operativa ingreppet säcken inspekteras.

*Prognosen* vid spina bifida äro alla skriftställare sällspordt ense om att förklara ytterst dålig. Någon exakt beräkning öfver antalet patienter, som duka under för denna missbildning, när den lemnas åt sig själf, har man emellertid lika litet som tillförlitliga, statistiska uppgifter rörande dess frekvens. DEMME,<sup>1)</sup> som själf iakttagit 57 fall, omtalar, att 32 af dessa, hvilka ej kommo till operation, dogo inom andra lefnadsåret. En relativt hög mortalitet visade sig under de första lefnadsveckorna. Sålunda dogo 11 inom 2:dra och 9 inom 3:dje veckan, 5 inom första månaden, 3 inom fjärde och 1 inom resp. 5:te, 8:de, 12:te och 24:de månaden. The Registrar-Generals' Report för 1881—1883 (Londoner-komitén)<sup>2)</sup> visar, att utaf de 1,768 barn, som under denna tidsperiod dött af spina bifida, voro 1,375 under 3 månader, 241 mellan 3 och 6 samt 152 mellan 6 och 12 månader gamla. CLÉMENT<sup>3)</sup> anför efter HOHL, att af 90 patienter dogo 28 under den första veckan, 5 under den andra och 1 under den tredje, 4 efter en månad, 5 efter sex månader och 3 efter ett år. Han tillägger, att bland det 40-tal han själf sammanställt af expektatift behandlade fall, hade de flesta dött redan under de första lefnadsdagarna. BELLANGER<sup>4)</sup> anser, att af 100 med spina bifida behäftade barn dö 90 inom första lefnadsåret, *abandonnés à eux-mêmes*. Dessa siffror hafva emellertid endast ett relativt värde, ty då långt ifrån alla fall af spina bifida offentliggjorts, och ännu mindre dödsfallen däraf komma till offentlig kännedom, är mortaliteten sannolikt mycket högre än den ofvan antydda.

Det är själfklart, att vid en åkomma med så hög och tidig mortalitet, skola de få, som lefva öfver de första åren, ådraga sig så mycket större uppmärksamhet och jämförelsevis ofta

<sup>1)</sup> Etl. BELLANGER, a. st., s. 10.

<sup>2)</sup> A. st., s. 376.

<sup>3)</sup> CHARLES CLÉMENT: Essai sur le traitement du spina bifida. Thèse. Nancy 1888, s. 31.

<sup>4)</sup> A. st., s. 16.

blifva föremål för offentligt omnämmande. Bland Londoner-komiténs 60 obehandlade fall omtalas 13, som uppnått en ålder af ifrån 9 till 43 år. I BELLANGERS kasuistik omnämnes en patient, som blifvit 64 år gammal. Detta synes bekräfta den åsikten, att i ett ringa antal fall kan, trots denna missbildning, lefnadstiden blifva ganska lång — om också icke hälsan god. Ty hvad blir väl dessa patienters lott? Otaliga äro de komplikationer, som vänta dem i lifvet. En af de allra vanligaste är pes varus samt vidare nevro-paralytiska sår, nevriter af mångahanda slag, pareser och paralyser af nedre extremiteterna, blåsa och rectum, hydrocephalus, lithiasis vesicalis o. fl. a.<sup>1)</sup> Tumörens tillväxt innebär dessutom i och för sig en stor fara, ty den altmera förtunnade väggen kan genom äfven den ringaste yttre skada blifva säte för ulcerationer. Och dessa åter, om de synas aldrig så obetydliga, kunna blifva utgångspunkter för suppurativa, ascenderande spinal-meningiter (HOLT & VAN GIESEN),<sup>2)</sup> som inom kort medföra döden. Å andra sidan finnas enstaka fall, där till och med myelocystor kunnat perforeras och efter utflöde af cerebrospinal-vätska blifva säte för varbildning, utan att ändå individen gått under.<sup>3)</sup> — Prognosen vid den obehandlade spina bifida cystica måste dock alltid anses i högsta grad nedslående.

I sammanhang härmed torde kanske förtjäna anföras uppgifterna om *frekvensen* af denna deformitet i förhållande till andra. Så länge en offentlig registrering af de kongenitala missbildningarna saknas, är det naturligtvis omöjligt att komma till annat än sannolikhetsberäkningar härom. Man har förr hyst den tron, att åkomman vore mycket sällsynt, men numera synas auktorerna vara böjda att sätta dess frekvens föga lägre än klumpfotbildningens, hvilken som bekant anses vara den oftast förekommande kongenitala deformiteten. *Londoner-*

<sup>1)</sup> Jfr DELFOSSE: Etude sur les lésions concomitantes du spina-bifida. Thèse. Paris 1874.

<sup>2)</sup> EMMETT HOLT and IRA VAN GIESEN: A case of Spina bifida with suppurative spinal Meningitis and Ependymitis, due to Bacteria entering the wall of the sac. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. XV, nr 12, december 1890.

<sup>3)</sup> Jfr A. LINDH: Ett fall af spina bifida obliterated. Göteborgs läkaresällskaps förbandl. 1893, h. 2. — Man skulle anse att på detta sätt cystan undergått en slags spoutanläkning, »mais, en vérité, c'est pour le patient, jouer un jeu dangereux». (FARGUE et RECLUS: Traitement de l'encephalocèle et du spina-bifida. Gaz. hebdom. 1891, nr 16, s. 184.)

*komitén*,<sup>1)</sup> som citeras både af MORTON<sup>2)</sup> och v. RECKLINGHAUSEN,<sup>3)</sup> stöder sig på DEMMES<sup>4)</sup> uppgift: 57 fall på 36,148 barn och CHAUSSIERS<sup>5)</sup>: 22 på 22,293. MORTON<sup>6)</sup> antager såsom sannolikast, att 1 fall förekommer på 1,000 förlossningar. KÖNIG har som bekant uppgifvit, att spina bifida till antalet utgör en sjättedel af alla missbildningar. Sveriges officiella statistik registrerar denna deformitet endast för såvidt den blifvit föremål för lasarettsvård; för öfrigt npptages den bland »dödsorsakerna i alla rikets städer» tillsammans med »öfriga medfödda sjukdomar, missfoster och bildningsfel». En öfverblick af åkommans relativa frekvens i vårt land skulle man möjligen kunna få genom granskning af barnbördshusens och barnhusens årsberättelser. Men en dylik granskning har jag ej varit i tillfälle att utföra och måste därför inskränka mig till auktorernas uppgifter. I enstaka fall har man trott sig kunna inom patientens familj påvisa hereditära anlag för spina bifida, men iakttagelserna rörande denna fråga äro altför fåtaliga, för att någon slutsats med anspråk på tillförlitlighet skulle kunna dragas ur dem.<sup>7)</sup>

#### IV. Terapi.

Vid terapien<sup>8)</sup> af spina bifida hafva under tidernas lopp en mängd olika behandlingsmetoder kommit till användning. Man har sedan gammalt delat dessa metoder i tvänne grupper: de *palliativa* och de, som hafva *kuratift* ändamål. Till de förra räknar man — utom naturligtvis de hygieniska och humanitära

<sup>1)</sup> A. st., s. 375.

<sup>2)</sup> » » » 14.

<sup>3)</sup> » » » 161.

<sup>4)</sup> » » » 375.

<sup>5)</sup> CHAUSSIER: Procès verbal de la distribution des prix aux sages-femmes. Paris 1812 (BARDELEBEN).

<sup>6)</sup> A. st., s. 14.

<sup>7)</sup> Jfr 1) Clinical Societys Report, a. st. s. 375 och 2) BUTLER-SMYTHE: 3 cases of spina bifida and hydrocephalus occurring in the same family. Lancet 1889, 1, febr. 6, s. 272 samt 3) WOLFE: Spina bifida. Philad. med. and surg. Report 1888, LVIII, 22 (enl. VIRCHOW-HIRSCH).

<sup>8)</sup> Jfr ADRIEN GUIBBAUD: Des différentes méthodes de traitement du spina-bifida. Thèse. Paris 1887. CLÉMENT a. st. och BELLANGER a. st. (samt WERNITZ a. st.) jämte ERNST SCHILLS och MEINHARDT SCHMIDTS öfversikter i Schmidts Jahrbücher 1881, bd 191 och 1884, bd 202.

åtgärder, för hvilka hvarje spädt barn bör blifva föremål — de *protektiva* behandlingssätten. Cystan skyddas såvidt sig göra låter genom sorgfälligt stoppade och på lämpligt sätt anordnade, fasta bandager. Har den perforerats, eller betäckningarna blifvit säte för ulcerationer eller septiska processer, anbringas salvor af olika slag, aseptiska förband och dylikt. De kurativa metoderna äro långt flera och mera omväxlande.

1) *Kompression*, angifven af STEUBER och företrädesvis utbildad af ASTLEY COOPER, afser att genom fortsatt tryck åstadkomma tumörens försvinnande eller miuskning. Härtill användas dels särskildt konstruerade bandager, dels kolloidium (BEHREND) eller häftplåsterförband. För sin egendomlighets skull må anföras DAVIDSSONS<sup>1)</sup> sätt att i ett fall — alldeles enastående inom litteraturen — begagna kompressionen. Det gälde en brusten cysta, med ett ständigt utflöde af cerebrospinalvätska, som hotade att bringa den lille patienten om lifvet. I såret infogades en med antiseptisk lösning genomdränkt svamp och däröfver lades kompressionsförband. Granulationer växte in i svampen, som inlänktes i såret, hvarefter barnet tillfrisknade. — 2) *Punktion* har dels utförts så att säga kontinuerligt genom *setaceum* (CHOPART), *galvanopunktur* (NEVERMANN), *elektrolys* (LANNELONGUE) och *akupunktur* (COOPER); dels med lancett (HOFFMANN), trokar (CAMPER) och aspirations-spruta (BOUCHUT) samt på flere andra sätt. — 3) *Injektion* af modifierande eller irriterande vätskor har företagits än i själfva tumören, än i dess omgifningar, ibland efter, men också utan föregående uttömning af cystans innehåll. En mängd olika injektionsvätskor har försökts: *tanninlösning* (BRAINARD), *alkohol* (MONOD), *jodtinktur* (HOLMES), *jodjodkaliumlösning* (BRAINARD, VELPEAU) och slntligen *jodglycerin* (MORTON). — 4) *Incision* företogs redan under den förantiseptiska tiden (TULPIUS, MORGAGNI, LABORIE) och har sedan under antiseptiska kauteler, med åtföljande enkelt eller starkt komprimerande förband, utförts af en mängd operatörer (WILSON, BILLROTH, PARKER, HASSELMANN m. fl.) — 5) *Ligatur*, angifven af FORESTUS, första gången använd af ORTH, har anlagts med silke, katgut, metalltråd eller elastiskt material (ATKINSON, LAROYENNE, COLOGNESE), omkring tumörens bas (ERICHSEN, SCHINDLER m. fl.) eller sub-

<sup>1)</sup> J. F. DAVIDSON: Case of spina-bifida-cure obtained by a new method after rupture of the sac. Glasgow med. journ. 1887, febr. Ref. i Centralbl. für Chir. 1887, s. 730.

kutant (SIR JAMES PAGET). Afsikten härmed har varit, att cystan skulle bringas till nekros, hvarefter, sedan de gangrenerande partierna bortfallit, såret på vanligt sätt behandlats. Hit hör äfven förfaringssättet med klämmare på basen (TAVIGNOT, RIZZOLI). — Slutligen har också i enstaka fall 6) cystan aflägsnats genom *ekrasör* (GIGON), *termokauter* (LÖBKER [VOGT]) och *galvanisk slynga* (GRASSI). Dessa sist nämnda behandlingssätt komma med afseende på ingreppets omfång närmast det, som utgör hufvudämnet för denna framställning, den 7) *blodiga operationen*.

## V. Excision.

Enligt ett citat hos MORGAGNI lär BRUNNER hafva varit den förste, som gjort excision vid spina bifida.<sup>1)</sup> Detta fall hade dödlig utgång, och förfaringssättet användes icke å nyo, förr än nära en tredjedel af innevarande århundrade förflutit. Nästa fall, där excision egt rum, är nämligen offentliggjordt af TROWBRIDGE i Boston med. and surg. journal 1829. Hans patient läktes. Nu dröjde det ej så länge, innan operationen åter försöktes, denna gång af fransmannen DUBOURG, som gick till väga på följande sätt: Barnet lades i bukläge, och en vertikal incision gjordes på tumörens högsta parti. Sedan DUBOURG såhunda kommit in i cystan, komprimerade han med fingret öppningen i ryggradskanalen, »för att hindra luftens inträngande i denna». Genom ytterligare ett par snitt aflägsnades så mycket af cystans väggar, att endast tvänne lambeär återstodo, hvilka förenades med »suture entortillée», såsom vid harläppsoperation. Teoretiskt stödde han sitt ingrepp på det faktum, att hopsuturering af mjukdelar öfver kongenitala, ossösa defekter alltid visat sig hafva ett förmonligt inflytande på det underliggande benpartiets tillväxt, och han erhöll med ofvan nämnda operationsteknik läkning i tre fall. Två af dessa offentliggjordes i »Gaz. med. de Paris» 1841, det tredje i EBRAS afhandling 1858. Enligt LABORIE (Annales de Chir. franc. et étrang. 1845) skall HAMILTON hafva varit den, som närmast efter DUBOURG utförde excision vid spina bifida. Uppgifterna därom äro emellertid så knapphändiga, att man af dem ej får någon klarhet rörande

<sup>1)</sup> Jfr GUIBBAUD, a. st., s. 89 ff. BELLANGER, a. st., s. 66 ff. CLÉMENT, a. st. s. 60 ff. Clin. Soc. Rep., a. st., s. 401 och WERNITZ, a. st., s. 82 ff. angående de under den förantisceptiska tiden utförda fallen af excision.

förfaringssättets detaljer. Lika ofullständiga äro de tillgängliga uppgifterna om DORRINGTONS fall (Prov. med. surg. journ. 1844), hvilket hade letal utgång. PAGE, som offentliggjorde sitt fall tre år senare (Month. journ. of med. Sc. 1847), lade först en dubbel elastisk ligatur kring basen, hvarefter han exciderade och ligerade säckens hals, sedan han förut uppdissekerat två sidolambåer, som hopsuturerades öfver stumpen. Redan förut hade dock TAVIGNOT kommit på den tanken att afstänga cystans lumen från kommunikation med ryggradskanalen. Han anlade (enl. MALGAIGNE 1845) klämmare å basen och företog därefter excision. Fallet hade dödlig utgång liksom det följande, där DUBOURGS förfaringssätt användes af ROUX (Révue méd. chir. 1848). I fråga om COURTINS fall året därpå (Bull. de la soc. anat. 1849) äro inga närmare detaljer kända. En annan modifikation af den preliminära afstängningen använde MOXON (Lancet 1850, I). Basen genomstacks med en dubbel ligatur, som tillknöts före exeisionen. Den ursprungliga PAGESKA metoden återupptogs af HILTON (Lancet 1850), men denna gång inträffade ett oafbrutet cerebrospinalutflöde, som medförde döden. NÉLATON (Bullet. de therap. 1854) och ROGER DE JOINVILLE (Bullet. de l'Acad. méd. 1855) sökte komma till målet på andra vägar — elastisk ligatur resp. punktion — men i båda fallen egde infektion rum, och då excision sedan gjordes, dog den förstnämndes patient genast, medan JOINVILLES lefde i ytterligare 10 månader. NOTT lade elliptiska incisioner kring »tumören» och fridissekerade den fullständigt. Därefter »gjorde han en öppning i spinalkanalen (!), ur hvilken en matsked vätska utran» (Gaz. med. 1856, citat från Americ. journ. of med. Scienc. 1855). Ett nytt sätt att tillstänga spinalkanalen efter exeisionen angafs af CHILDS (Med. Times and Gaz. 1858). Sedan huden fridissekerats från säcken, intrycktes denna i ryggradskanalen, och hudlambåerna förenades däröfver medels karlsbadernålar. Under operationen fick barnet flere gånger tonisk krampp, och döden inträffade följande morgon. HENDERSON (enl. VIRCHOW-HIRSCH 1867) och WILSON (Brit. med. journ. 1869) samt NEWBIGGING (enl. GÜNTHER) och REIMER (enl. WERNITZ) anföra fall af excision med lycklig utgång. I LABOULBÈNES fall (Gaz. méd., n:r 50, 1869) skulle man kunna misstänka, att postoperatorisk intoxication förorsakat döden. Han betäckte nämligen såret med kompresser, doppade i alkoholisk kamferlösning. Ytterligare trenne excisionsfall af HOLMES (enl. GIB-



BAUD), SHERWOOD och GÜNTHER (enl. WERNITZ) äro att omnämna från denna period. I ett af dem, HOLMES', gjorde sig principen att börja med en explorationsincision, första gången gällande. Jag beslöt mig för att dissekera undan de mjukdelar, som betäckte cystan, och sedan göra en explorativincision på sidan om medellinien; komme några betydande nervstammar härvid i dagen, tänkte jag avsluta operationen där.<sup>1)</sup>

Det är gifvet att under en tid, då kirurgien hade att kämpa en förtviflad kamp emot infektionsämnen af allehanda slag, måste det alltid betraktas såsom ett djärft företag att skrida till excision vid spina bifida. Detta oaktadt fingo, som vi sett, långt ifrån alla fall, där metoden försöktes, dödlig utgång. De positiva läkningar, som uppnåddes, kunna dock hafva föga annat än ett rent historiskt intresse, i synnerhet när man besinnar den förvirring i åsikterna om missbildningens patologiska anatomi, som då ännu rådde och tyvärr fortför ett godt stycke in i den antiseptiska tiden. Men sedan LISTERs principer börjat allmännare tillämpas, märker man äfven på spina bifida-terapiens område deras afgjordt välgörande inflytande. Nästan alla behandlingssätten rönt inverkan af dessa principer, men excisionsmetoden naturligtvis allra mest. Faran för infektion var visserligen en faktor, som man fortfarande hade att räkna med, men man kände sig betydligt tryggare i striden, sedan man lärt känna rätta medlen att bekämpa fienden. Behandlingen af spina bifida måste tydligtvis, liksom kirurgien i sin helhet, genomgå en period, då dödsfall till följd af för starka antiseptica, inträffade,<sup>2)</sup> särskildt medan den för späda barn så skadliga karbolsyran ännu var nära nog allenaherskande. Men dessa fall voro dock jämförelsevis få och kunde aldrig komma att inverka hämmande på excisionsmetodens vidare utveckling. En annan fråga, som i stället trädde i förgrunden, var faran för synkope på grund af ett alt för hastigt afflöde af cerebrospinalvätska under operationen. Man hade redan vid användandet af punktionsmetoden gjort obehagliga erfarenheter i den vägen och sökte först rädda sig därifrån genom att preliminärt afstänga cystan från kommunikation med ryggmärgskanalen. Ganla förfaringssätt, lånade från de andra behandlingsmeto-

<sup>1)</sup> GUIBBAUD, a. st., s. 102.

<sup>2)</sup> Jfr i kasuistiken fall 98 (HASSELMANN).



derna, t. ex. anbringande af klämmare [CZERNY,<sup>1)</sup> WAGNER<sup>2)</sup> m. fl.], eller anläggande af ligatur [JESSOP,<sup>3)</sup> POPPERT<sup>4)</sup> m. fl.] återupptogos. Men i samma mån, som operatörerna blifvit mera förtroagna med åkommas patologiska anatomi, hafva äfven dessa »väl summariska förfaringssätt» kommit ur bruk, churu man ännu ofta i italienska, någon gång i engelska och franska operationsberättelser finner, att de blifvit använda. Detta bör dock väcka mindre förvåning, ju mera man spårar obekantskapen med V. RECKLINGHAUSENS undersökningar. KIRMISSON t. ex. ber ännu 1891 i sin lärobok<sup>5)</sup> formligen om ursäkt för, att han så utförligt redogjort för dennes åsikter, »son mémoire n'ayant encore été, ni traduit, ni analysé en français!» Sedan det emellertid kommit därhän, att HORSLEY förklarar cerebros spinalvätskeutflödet under operationen vara »a matter of no importance whatever»,<sup>6)</sup> torde väl de teoretiska betänkligheterna i detta afseende kunna anses för alltid hafva förlorat sin betydelse. Sådana synkope-anfall, som inträffat till följd af cerebrospinalvätskans altför hastiga utflöde under operationen, lyckades man undvika genom att placera patienten i lämpligt läge och genom narkos. Det visade sig emellertid, att äfven där dessa försiktighetsmått iakttogos, häftiga symptom från nervsystemet ofta inträffade i excisionsögonblicket. Man kom därför snart till klarhet om, att själfva excisionen i och för sig — åtminstone i vissa fall — utgjorde ett ganska våldsamt ingrepp på patientens nervsystem. Af dessa praktiska erfarenheter, liksom i ännu högre grad af den vidgade kunskapen om cystornas patologiska anatomi, framgick tydligt, hur föga rationel en excision utan hänsyn till säckens nervelement måste vara. Visserligen förelåg ett ej obetydligt antal fall, där man utan märkbar skada för patienten, afsiktligt eller oafsiktligt, uppoffrat i cystan befintliga nerv- eller ryggmärgspartier [LAFITTE,<sup>7)</sup> BARTON,<sup>8)</sup> COCKBURN<sup>9)</sup> m. fl.]; men å andra sidan visade det sig också, att en utan urskiljning företagen excision af nerv-

1) Fall n:r 116  
 2) » » 118  
 3) » » 97  
 4) » » 91

} i kasuistiken.

5) A. st., s. 772.

6) Ann. of Surg. 1882, aug., s. 125.

7) Fall n:r 86

8) » » 87

9) » » 94

} i kasuistiken.

partier hade ett afgjort skadligt inflytande på nedanför lig-  
gande innervationsområden [LÖBKER,<sup>1)</sup> RHOMER,<sup>2)</sup> HELFERICH,<sup>3)</sup>  
HILDEBRAND<sup>4)</sup> o. fl.]. Efter hand kom man sålunda både teo-  
retiskt och praktiskt till insikt om den bjudande nödvändig-  
heten af att skona nervelementen.

Detta skonande af nervelementen är emellertid ej nog.  
Operatören måste äfven söka både på ett rationellt sätt för-  
minska cystans lumen och skaffa den för infektion så lätt ut-  
sätta cystabeklädnaden en fastare och mera motståndskraftig  
betäckning. Försök i denna riktning gjordes af AHLFELD,<sup>5)</sup>  
som upplyfte och hopsuturerade två hudlambåer kring basen  
af cystan och därefter gjorde sekundär excision. Detta för-  
faringsätt var dock alt för kompliceradt för att få någon vid-  
sträcktare användning. Större framgång hade man vid bemö-  
dandet att med osteoplastiskt material täcka defekten i kotorna  
[ROBSON,<sup>6)</sup> HAYES, BERGER, DOLLINGER, SENENKO, BOBROFF<sup>7)</sup>],  
men icke håller dessa operationssätt hafva kommit längre än  
till enstaka försök.

»Någon allmängiltig metod för excision vid spina bifida  
står väl näppeligen att finna», klagade en författare [AHLFELD<sup>8)</sup>]  
1879. Men kunskaper och erfarenhet hafva sedan den tiden  
betydligt utvidgats, och mer och mer synes man ena sig om  
en excisionsmetod. Äfven beträffande teknikens detaljer hafva  
åsikterna efter hand stadgat sig. Ett mäktigt inflytande på hit  
hörande frågor har KOCH<sup>9)</sup> utöfvat genom sitt bekanta yttrande  
om myelocellets behandling: »Es wird sich also für den Arzt  
zunächst darum handeln eine von derber, fester Haut bedeckte,  
nur allmählig sich ausdehnende Geschwulst zu beseitigen, d. h.  
bis womöglich gegen das Niveau der Bruchpforte zurückzu-  
führen, aus deren unvermeidlicher Compression, Zerrung u. s. w.  
eine gefährliche Steigerung des intracraniellen Druckes, ander-

<sup>1)</sup> VOGT: Mittheilungen aus der chir. Klinik zu Greifswald 1884 (det fallet, där  
excisionen gjordes med termokauter).

<sup>2)</sup> Fall n:r 117	} i kasuistiken.
<sup>3)</sup> » » 93	
<sup>4)</sup> » » 49	
<sup>5)</sup> » » 121	
<sup>6)</sup> » » 52	
<sup>7)</sup> » » 126—130	

<sup>8)</sup> F. AHLFELD: Heilung einer Spina bifida durch ein neues Operationsverfahren.  
Deutsch. med. Wochenschr. 1879, V, n:r 44, s. 570.

<sup>9)</sup> A. st., s. 55.

seits eine auf die Dauer nicht gleichgültige mechanische Beleidigung des so oft dünnen Conus medullaris sich ergeben müsste. Voraussichtlich genügen diese Forderung zu erfüllen — — — *wiederholte Ausrottungen von Zungenförmigen Streifen aus der Haut des Myelocelensackes. Man wird sie unter Vermeidung der Gegend des Conus, der Basis und der Seitentheile der Myeloccele entnehmen und das Messer ohne Schaden bis gegen die Dura hin einsenken können.*» Med angifvandet af denna betydelsefulla princip för behandlingen, enligt hvilken både nerverna skonas och cystans lumen på ett fullt rationellt sätt minskas, har KOCH brakt excisionsmetoderna in på rätta stråten. Såsom ett steg i den riktning han angifvit, skulle man kunna betrakta DEMMES<sup>1)</sup> förfaringssätt (1884) då han exciderade två ovala lambåer från cystans yta och sedan lade sutur på sårkanterna. Principen att skona nervelementen kunde dock ej komma till sin fulla rätt, förrän tekniken detaljerats därhän att en explorationsincision med åtföljande inspektion af cystans inre kom att utföras omedelbart före hvarje vidare ingrepp. Man skulle kunna säga att naturen själf anvisade detta tillvägagående vid det första fall, där det kom till användning. Detta skedde nämligen då HOFMOKL,<sup>2)</sup> som 1878 fick till behandling en under partus brusten cysta, med begagnande af perforationshållet till utgångspunkt, klöf säcken och gjorde excision af det gangrenerade partiet på toppen samt reponerade i spinalkanalen den i cystan befintliga delen af ryggmärgen. HOFMOKL synes emellertid själf hafva betraktat detta reponerande af nervelementen mera som en tillfällighet, ty han uttalar sig i öfrigt emot operation af så beskaffade cystor (myelomeningocelen).

Det var ej långt efter KOCHS ofvan anförda yttrande som professor JOHN BERG, med tillämpande af de däri uttalade principerna, vid sin första operation för spina bifida använde en excisionsmetod, som i sina grunddrag förblifvit den samma vid alla hans följande fall. Denna metod skildras af honom själf i skriftligt meddelande till mig på följande sätt:

»A. *Förberedelser.* Företages operationen på ett barn, där säckens vägg ingenstädes företer lesion, fibrinösa beläggningar eller granulationer, är den vanliga antiseptiska rengöringen af

<sup>1)</sup> Jfr fall n:r 76 i kasuistiken.

<sup>2)</sup> HOFMOKL: Über das Wesen und die Behandlung der Spina bifida. Wien, med Jahrbuch. 1878, IV. Ref. i SCHMIDTS Jahrb. 1881.

betäckningarna tillräcklig. Visar åter spinan redan en granulerande area medul. vase. eller beläggningar å den serösa delen af väggen, så aflägsnas de sist nämnda försiktigt med piucett, fuktigt sublimatförband appliceras, om möjligt, öfver en natt och de granulerande ytorna afskrapas ytligt med en hvass knif eller än bättre afbrännas ytligt med termokanter. Barnet lindas efter fullständig rengöring i ren bomull, som fästes kring extremiteter och bål med gasbindor, så att endast operations-trakten, anus och de yttre genitalia äro fria. Öfver de sist nämnda båda partierna lägges lös bomull, som hastigt kan aflägsnas i händelse af nedsmutsning under operationen. Barnet lägges på magen eller i magsidoläge öfver en fast rundkudde af tillräcklig höjd för att låta lumbosakralregionen blifva barnets högsta punkt. Med kuddar af träull, trämassa eller dylikt understöddes öfriga delar af kroppen äfvensom rundkuddens kanter, så att ett godt och pålitligt läge i nämnda ställning erhålles. Narkosen göres å ena sidan så djup, att inga starkare krystningar eller rörelser på extremiteterna öka cerebros spinalvätskeutflödet eller rubba barnets läge, men å andra sidan med noggrant aktgifvande på kollaps-symptom o. s. v.

B. *Operationen* inledes med ett 2 till 3 em. långt bågformigt, inåt konkavt snitt öfver ena hälften af cystan, lagdt så långt utåt, att det helt och hållet förlöper i väl markerad zona dermatica. Snittet bör ej genast öppna cystan, men i detta snitts mellersta del eller vid dissektion af dess mediala sårrand mot medellinien öppnas cystan, och dess innehåll får utrinna. Den så gjorda öppningens kanter upplyftas och vidgas försiktigt efter inspektion af dess insidor i den utsträckning, att en orientering öfver nervelementens läge inom denna hälft af cystan är möjlig. Föreligger då ett rent meningocele, är sättet för operationens utförande nästan själfklart. Föreligger åter ett myelomeningocele, kunna förhållandena väsentligen växla och betinga något afvikande förfaringssätt i olika fall. Nervelementen kunna *stundom* vara så placerade, att man utan att skada dem kan efter förlängning uppåt och nedåt af det bågformiga hudsnittet successive från den gjorda öppningen ur cystaväggen utklippa ett halfmånformigt stycke innefattande större delen af denna sidas zona epithelioserosa. Den vid area med. vase. ännu kvarsittande delen af denna hinn-zon kan i sådana fall lätt förenas med en från den laterala hudlambåens insida löspreparerad meningeallambå. — I andra fall

åter är en sådan enkel halfmånformig excision ej möjlig utan att tydliga i väggen förlöpande nervelement skulle afklippas. Jag nöjer mig då med att medels en hvass knif eller sax aflägsna de epidermisöar, som finnas å cystaväggen medialt om hudsnittet, samt att från hudflikens insida fridissekera meningerna utåt, i den utsträckning att ett försänkande af cystans medullära och meningeala delar samt ett framdragande däröfver af en väl frigjord hudlambå möjliggöras. Uppdissekerandet af hudlambåens öfre och nedre horn fullbordas dock ej förr, än den likartade dissektionen på den andra sidan fortskridit så långt, att man fått full inblick i ryggmärgens och nervernas läge äfven där. Det blir då ofta möjligt att med ett tvärgående snitt ofvan och nedom area med. vase. förena resp. de öfre och de nedre hornen af de båda halfmånformiga defekterna i cystaväggen utan att lederna några nervelement. Därigenom möjliggöres ett godt nedsjunkande af cystans mediala del i ryggmärgskanalens öppning. Stundom åter måste man äfven upptill och nedtill nöja sig med att i lämplig riktning förlänga de båda sidornas hudsnitt, tils de sammanstöta, därpå så godt sig göra låter aflägsna medialt om dem kvarsittande epidermisöar samt försiktigt löspreparera hudbetäckningarna från meningerna i nödig utsträckning utåt, för att de må kunna dragas tillsamman mot hvarandra i medellinien öfver den försänkta meningealväggen.

Hvad angår *suturerna*, så var jag i början angelägen att noggrant bringa meningealkanterna i kontakt och anlade därför å ömse sidor om area med. vase. en försänkt fortlöpande vanlig eller madrass-sutur, som var egnad att afstänga meningealkaviteten. Då jag sedan vid mina bemödanden att möjligast skona nervelementen blott fick oregelbundna multipla öppningar på meningerna, inskränkte jag mig till att anlägga enstaka, enkla suturer. Till alla dessa försänkta suturer torde fin katgut bäst lämpa sig. Då det emellertid händt, att oförändrade katgutknutar efter rätt lång tid afstöts nr öppenstående stiekhål, och enligt min åsikt hufvudvikten ligger på en snabb, fast och god sammanläkning af hudkanterna i medellinen, så har jag på senare tiden väsentligen minskat eller alldeles uraktlåtit användandet af meningealsuturer och endast använt små enkla suturer.

För att erhålla en möjligast fast förening af hudlambåerna torde följande vara att beakta: 1) De bågformiga snitten böra

läggas så långt utåt, att endast väl nutrierade, verkliga hudkanter erhållas, ty eljes dö de lätt i randen eller ock genomskäras de för lätt af suturerna. 2) Till undvikande af för stark spänning böra hudflikarna med all underliggande fettväf väl lossas utåt från sitt fascieunderlag, och eventuelt rymliga Entspannungs-snitt utan tvekan användas, lagda så långt utåt, att hudbryggans nutrition ej riskeras och tillräckligt breda sårytor komma emot hvarandra för att hindra uppkomsten af cerebrospinalfistlar i sidosnitten. 3) Suturenna böra läggas omsorgsfullt och af lämpligt material. Jag använde till en början en djup fortlöpande madrass-sutur och en återgående enkel suturad. Därigenom bildades en kamliknande upphöjning längs medellinien. Vanligen användes silke. Då det emellertid visade sig, dels att de djupa madrass-stygnen lätt skuro igenom och fistlar uppstodo, dels att det fullständiga aflägsnandet af *alt* suturmateriel mötte svårigheter, och enstaka silkesstycken sålunda lätt lemnades och likaledes underhöllo fistlar, har jag på senare tid använt enkla isolerade suturer, omväxlande djupa och ytliga, hvarigenom ock vinnes fördelen, att man vid olika tillfällen kan aflägsna suturerna. Som bästa suturmateriel för de djupare suturerna anser jag fin silkwormgut, ty det fortleder ej såsom silket den tunna cerebrospinalvätskan. Endast till de ytliga suturerna har jag i de senast opererade fallen använt fint silke.»

Angående förband och efterbehandling skrifver prof. BERG i Hygiea 1886: «Det förbandssätt, jag funnit bäst, har varit: litet jodoform på såret, därpå en liten vaddkluns och öfver det hela en fullt täckande hinna af jodoformkollodium. — — — Bäst är att låta barnet under läkningen så ihållande som möjligt intaga bukläge, hvilande t. ex. på en kudde med trämassa. Med några Roséns droppar till hjälp vänja de sig snart därvid.»

Utom af prof. BERG själf<sup>1)</sup> har ofvan beskrifna excisionsmetod vid spina bifida användts af följande svenske operatörer: prof. ROSSANDER (2 fall<sup>2)</sup>, d:r ALMSTRÖM (1 fall<sup>3)</sup>, d:r BORELIUS (3 fall<sup>4)</sup>, d:r v. UNGE (2 fall<sup>5)</sup> och d:r TILLMAN (1 fall<sup>6)</sup>.

1)	Fall n:r 1—15	} i kasuistiken.
2)	» » 16—17	
3)	» » 18	
4)	» » 19—21	
5)	» » 22—23	
6)	» » 24	

Den enda afvikelse från det typiska förfaringssättet, som härvid förekommit, är att d:r BORELIUS i ett fall före explorativ-incisionen uttömde säckens flytande innehåll med aspirations-spruta.

Bland de utländska operatörer, hvilkas teknik med afseende på sorgfällig behandling af nervelementen, kommer närmast den nu anförda, bör i främsta rummet nämnas BAYER. I trenne publikationer i Prager med. Wochenschr. 1889, 1890 och 1892<sup>1)</sup> samt i sin »Grundriss der Operationstechnik» 1894 har han behandlat denna fråga och redogjort för de närmare detaljerna af sin operationsmetod. Han synes småningom hafva kommit till insikt om nödvändigheten af att icke blott skona i säcken befintliga nerver, utan äfven bibehålla area medullovasculosa i orubbadt sammanhang med de normala partierna af ryggmärgen. Vid sitt första, 1888 opererade fall resecerade han den distala delen af ryggmärgen, innan suturen lades, men vid de följande operationerna aflössade han från cystans inre vägg de nerver, som förlöpte längs dess dorsalsida och reponerade dem i kotdefekten, hvarefter meningealsutur anlades. CHEFARI fäste emellertid hans uppmärksamhet på, att area medullovasc. under inga omständigheter borde uppoffras, ty v. RECKLINGHAUSEN hade påvisat, att gangliceller stundom förekomma i den samma, och dessa kunde trots sin defekta utveckling och eventuellt för handen varande förlamningar möjligen innehålla ännu funktionsdugliga ledningsbanor. Efter 1891 började därför BAYER att vid sina operationer lemna dessa ryggmärgsrester i så vidt möjligt orubbadt sammanhang med angränsande delar. Därmed hade hans teknik i det väsentligaste kommit till samma punkt, som prof. BERGS sju år tidigare uppnått.

Jag begagnar tillfället att konstatera prof. BERGS prioritet i denna fråga. Prof. BERGS första fall<sup>2)</sup> opererades i augusti 1884, BAYERS, med detta analoga<sup>3)</sup>, i mars 1891. Då BAYER<sup>4)</sup> klagar: »Die von mir geübte Operationsmethode scheint so ziemlich unbeachtet geblieben zu sein», synes han själf hafva varit

<sup>1)</sup> BAYER: 1) Zur Chirurgie der Rückenmarksbrüche, a. st. 1889, XIV, n:r 20; 2) Weitere Erfahrungen über die Zulässigkeit der blutigen Operationen der Rückenmarksbrüche, a. st. 1890, XV, n:r 5; 3) Zur Technik der Operation der Spina bifida und Encephalocèle, a. st. 1892, XVII, n:r 28 & 29.

<sup>2)</sup> N:r 1 i kasuistiken.

<sup>3)</sup> N:r 33 i kasuistiken.

<sup>4)</sup> A. st. 1892, s. 317.



okunnig om, att professor BERG så många år före honom uttänkt och använt ett förfaringssätt, som han behöft fyra års klinisk erfarenhet och sin kollega CHIARIS råd för att uppkonstruera. Den metod, som nu i den kirurgiska literaturen håller på att få borgarrätt under namn af BAYERS operationsmetod för spina bifida bör sålunda med rätta hära JOHN BERGS namn.

BAYER anser, att, om cystan har sitt läge så långt nere på ryggraden, att den endast innehåller ryggmärgspartier, som afgått *nedanför* plexus sacralis, eller — äfven om den skulle befinna sig på en högre upp belägen punkt — de i den samma inneslutna delarna af ryggmärgen äro påtagligen degenererade eller utgöras af nervtrådar, som tydligt sluta i säckväggen, så kunna alla dylika partier utan risk resecceras, »wenn die Operation damit vereinfacht wird». Han lägger stor vikt vid en exakt tillstängning af spinalkanalerna och suturerar därför, sedan möjligen för handen varande nervpartier reponerats, meningerna fullständigt. Till suturmateriel å dem använder han katgut. Silke kan enligt hans erfarenhet föranleda suppurationer och sekundära fistlar. Vid meningocelena föredrager han en enkel ligatur kring cystans stjälk, eller ryksutur, liknande löpsnöret i en tobakspung, framför en mera komplicerad sutur. Vidare framhåller BAYER värdet utaf en plastisk förstärkning af betäckningarna öfver defekten i ryggradskanalerna. Han rekommenderar därför ett tillvägagående, som består i utskärande, på 2—3 cm. afstånd från stjälkstumpen, af ett par nästan ovala lambåer ur angränsande fascia lumbodorsalis och därunder liggande m. sacrolumbalis. Basen af dessa fascie-muskel-lambåer bör ligga parallelt med medellinien och deras fria rand lateralt utåt. De vridas om mot midten och hopsutureras längs medellinien öfver meningerna. I ett fall har BAYER t. o. m. aflossat en liten brosklamell från spina ilei post. sup. och placerat den öfver ryggradsdefekten — en modifikation, hvarigenom betäckningarna uppgifvas hafva vunnit betydligt i styrka. På de båda vid operationens början fridissekerade hudlambåerna lägger han slutligen silkesuturer. BAYER förkastar all dränage, emedan den enligt hans åsikt, lätt medför komplikationer. Uppkomma likväl sekundära fistlar, anser han det vara bäst att uppriska dessas ränder och stänga dem genom ny sutur. Vid förbandet synes han ej lägga någon speciell vikt. I de anförda publikationerna har han ej särskildt uttalat sig i denna fråga och



af sjukdomsberättelserna framgår, att han ibland använt salicylvadd — ibland jodoformgazförband. Vid de senare fallen tyckes han hafva föredragit jodoformkollodium. BAYERS ord: Ich möchte mir daher zum Schluss noch einmal erlauben, die Lust der Chirurgen zu weiteren Bestrebungen in Bezug auf die Vervollkommnung der Operation der Spina bifida zu wecken<sup>1)</sup> tyckes hafva funnit genklang hos HILDEBRAND redan året efter deras uttalande, som å 22dra tyska kirurgkongressen (1893) höll ett föredrag om behandlingen af spina bifida.<sup>2)</sup> Fem år förut (1888) hade denne författare uppträdt i Deutsche Zeitschr. f. Chir. med ett inlägg i frågan om operation vid spina bifida, och i en utförlig afhandling i samma tidskrift utvecklade han (1893<sup>3)</sup> de punkter, som han mera aforistiskt vidrört i ofvan nämnda föredrag. Hvad själfva operationstekniken angår, kom HILDEBRAND efter granskning af sitt material till följande slutsatser. Vid meningocelena circumcideras huden vid basen på vanligt sätt och i så stor utsträckning, att tillräckligt hudmaterial för sårets definitiva täckande bibehålles. Sedan hudlambåerna dissekerats åt sidan, excideras cystan i nivå med spinalkanalerna. Därefter lägges först sutur å meningerna och sedan å hudlambåerna. Han anser såsom själfklart att möjligen för handen varande nerver eller ryggmärgsdelar böra sorgfälligt afossas, hvilket altså tyckes förutsätta en explorativincision före excisionen. I fråga om myelomeningocelena, eller som HILDEBRAND föredrager att benämna dem myelocelena, detaljerar han förfaringssättet sålunda: Sedan man i form af två sidolambåer från basen afpreparerat så mycken normal hud, som är nödvändig för den slutliga betäckningen, göres i tvärgående riktning, så att ingen nerv lederas, ett insnitt i säcken på sidan om ryggmärgen resp. area medullo-vasculosa. Ifrån detta snitt klargör man för sig, huruvida nerver löpa fritt genom säckens lumen eller äro adherenta till säckväggen. I förra fallet kringskär man area medullo-vasculosa, jämte utgångsstället för nerverna, och låter den sålunda förblifva i sammanhang med de uppstigande och afgående ryggmärgspartierna. Denna del af säcken reponeras i spinal-

<sup>1)</sup> A. st., 1892, s. 336.

<sup>2)</sup> HILDEBRAND: Die Behandlung der Spina bifida. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Zweinndzwanzigster Congress. 1893, VI, s. 69.

<sup>3)</sup> Den samme I: Zur Operativen Behandlung der Hirn- und Rückenmarksbrüche. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1888, bd 28, s. 438.

II: Pathologisch-anatomische und klinische Untersuchungen zur Lehre von der Spina bifida und den Hirnbrüchen. A. st. 1893, bd. 36, XIV.

kanalen, hvarefter man jämnar meningcal-lambåerna och hopsy hudlambåerna däröfver. Äro nerverna åter adherenta till säckväggen, bör man ej circumcidera area medullo-vasenlosa, ty detta skulle medföra genomskärande af de i tvärgående riktning förlöpande nerverna. I stället bör hela meningecalsäcken, sedan den uttömts, friprepareras och reponeras i ryggmärgskanalen samt huden sutureras däröfver. HILDEBRAND erkänner sig ej hafva haft tillfälle<sup>1)</sup> att praktiskt tillämpa detta operationssätt vid myelomeningocेतet. Han säger, att han teoretiskt konstruerat sig till det, innan han ännu hade någon kännedom om BAYERS förfaringssätt, med hvilket såsom man finner, HILDEBRANDS förslag i alla väsentliga punkter öfverensstämmer. Icke håller synes han hafva haft närmare kunskap om BERGS lambåexcisionsmetod, ty han kunde då ej hafva betraktat *sitt* förslag såsom alldeles nytt. Väl anför han i sin kasuistik såväl de sex fall, som lågo till grund för prof. BERGS<sup>2)</sup> meddelande i Sv. läkarsällskapet 1886, som ock dr. BORELIH efter BERGS metod 1889 opererade fall, men märkvärdigt nog synes det hafva undgått honom, att vid dessa fall användts en metod, hvaraf hans eget förslag är en afbild. Prioriteten ligger äfven vis à vis HILDEBRAND på prof. BERGS sida.

De operabla myelocystocelena bör man enligt HILDEBRANDS åsikt behandla så, att vid de större cystorna den starkt förtnade dorsala väggen excideras, sedan man naturligtvis först från basen afpreparerat ett par hudlambåer, som därefter på vanligt sätt hopsy i medellinien. Är cystan liten, anser han det däremot vara nog att helt enkelt punktera och därpå reponera den i spinalkanalen, innau hudlambåerna sutureras. Till förstärkning af ärrret öfver cystan rekommenderar han, i synnerhet vid större defekter i kotorna, en Hautmuskelknochenplastik, analog med den bekanta Königska vid bendefekter å skallen. Sammanställer man emellertid HILDEBRANDS yttrande 1888: att före säckens öppnande på något som hälst sätt tillsnöra basen är fullkomligt irrationelt med uppgiften i sjukhistorien från ett af honom 1890 opererad fall (n:r 45), att före excisionen »stjälken genomstacks med en armerad nål och underbands på båda sidor», kan man ej värja sig för det intrycket, att han ännu ej brakt sina teoretiska åsikter och sitt praktiska tillvägagående i full öfverensstämmelse med hvarandra.

<sup>1)</sup> A. st. 1893. s. 505.

<sup>2)</sup> A. st., s. 531.

På Göttingerkliniken har till en början användts LISTERs förband, sedan borlint med jodoform, vidare jodoformgas och slutligen jodoformkollodium.

I sammanhang med en serie af kasuistiska meddelanden har frågan om tekniken vid operation för spina bifida äfven behandlats af ROBSON (1885 <sup>1</sup>), DE RUYTER (1890 <sup>2</sup>), HAYN (1893 <sup>3</sup>) och MUSCATELLO (1894 <sup>4</sup>). Den först nämnde uppträdde närmast i opposition emot så väl auktoritetstron i fråga om gägnlösheten af aktiva ingrepp, som specielt emot de Mortonska jodglycerininjektionerna. ROBSONS förfaringssätt är i hufvudsak följande: incision genom hudlagret, fridissekering af hudlambåer ned till basen af tumören, punktion med en fin sax, afklippande af meningerna i så stor utsträckning, att de serösa meningeal-ytorna bekvämt kunna läggas tillsammans samt sutur å meningerna och hud. Såsom en hufvudsak betraktar han, att meningeal- och hudlambåer på motsatta sidor göras olika stora, så att de båda suturraderna ej komma att ligga direkt ofvanpå hvarandra. Till denna operationsteknik kommer ytterligare hans förslag om begagnande af osteogent material till täckande af defekten i kotorna, hvarom mera nedan. Finnas ryggmärgsdelar eller nerver i säcken, så tillråder ROBSON, att man aflägsnar de öfverflödiga partierna af meningerna mellan nervelementen och därefter reponerar dessa i spinalkanal. Kan detta ej låta sig göra, bör enligt hans mening cystan punkteras och hela den hopfallna säcken reponeras, hvarpå hudlambåerna hopsutureras däröfver och dränage anbringas. Till suturmateriel nyttjar ROBSON på meningerna katgut och på huden silfvertråd. Vid förband och efterbehandling tyckes han ej lägga någon särskild vikt, men däremot framhåller han nödvändigheten af att pat. bär en skyddsplåt af silfver eller läder öfver operationsstället, så att yttre skador afvärjas och ärrret hindras från att tänjas eller brista.

På v. BERGMANNs klinik synes sedan 80-talets sista hälft principen att vid operation för spina bifida skona nervelementen hafva varit gällande. Af DE RUYTERS redogörelse för detaljerna

<sup>1</sup>) MAYO ROBSON: A series of cases of spina bifida treated by plastic operation. Clin. Soc. Transactions. London 1885, vol. XVIII, s. 210.

<sup>2</sup>) DE RUYTER: Schädel- und Rückgratspathe. Arch. für klin. Chirurgie, bd. XI, 1890, s. 72.

<sup>3</sup>) ALFRED HAYN: Zur Diagnose und Therapie der Spina bifida. Archiv für Kinderheilkunde, bd. 15, XVII.

<sup>4</sup>) G. MUSCATELLO: Über die angeborenen Spalten des Schädels und der Wirbelsäule. Archiv für klinische chirurgie, bd. XLVII, 1894, s. 162.

framgår dock, att man där ej tvekat att anlägga provisorisk elastisk ligatur, innan man ännu med säkerhet vetat något om cystans innehåll. Då emellertid DE RUYTER kringskurit indikationerna så trångt, att han endast vill operera meningocelen, anser han förmodligen de nerver, som kunna finnas i dessa, vara af mindre vikt. Han hyser dock farhågor för, att ett myelomeningocèle eventuellt skulle kunna komma under knifven och förordar därför i diagnostiskt syfte profincision på cystans distala pol, så att man må kunna förvissa sig om den nedanför liggande ryggradsdelens anatomiska förhållanden. Konstateras då ett myelomeningocèle, »bör speciellt den öfversta delen af cystan — eller hälst hela dess i medellinien liggande meridian — skonas.» Men äfven vid en dylik cysta anser han en provisorisk elastisk ligatur vara att rekommendera; »den bör dock anbringas först sedan cystans innehåll genom punktion uttömts.» Noggrann sutur å meningerna, antingen etagerad eller lagd på LEMBERTS sätt, samt partiel jodoformgastamponad i hudsåret bör slutligen enligt hans åsikt utgöra bästa skyddet mot sekundärt utflöde af cerebrospinalvätska. DE RUYTER framhåller fördelen af att vid efterbehandlingen lägga pat. i bukläge på snedt plan.

Cerebrospinalvätskans utflöde i följd af operationen tyckes hafva stått i förgrunden vid utbildandet af den teknik, som enligt HAYNS afhandling användts af KAREWSKI på das jüdische Krankenhaus i Berlin. Vid meningocelen frilägger KAREWSKI säcken, snor den tillsamman »liksom vid ett bräck, som kommer till radikaloperation,» samt underbinder och afklipper den distalt om ligeringsstället. Därvid aktar han sig så mycket som möjligt för att öppna säckens lumen, men han medger, att en större cysta måste på förhand punkteras. Föreligger ett myelomeningocèle, börjar han med inspektion af säcken (som befrias från nerver). Ein grösseres Loch,» säger han, könnte dann der Sicherheit halber eventuell erst genäht werden, bevor der Sack zusammengedreht wird.»<sup>1)</sup> För honom har säckens hopsnoende den största betydelse, och skälet därtill angifves med orden: »Hauptsache ist nur dass der Abschluss der Liquor cerebrospinalis nicht von der Duranäht abhängt.»

Hvad slutligen MUSCATELLOS teknik angår, synes han framför allt lägga vikt på den diagnostiska incisionen. Efter det utslag

<sup>1)</sup> A. st., s. 385.

denna gifver, måste man rätta de eventuella förfaringssätten. Vid meningocoelet och det enkla myelocystocoelet bör man, »wenn sich — — — keine Contra-indikation ergibt», <sup>1)</sup> lägga ligatur på stjälken och göra excision. Föreligger ett myelocystomeningocoele dorsalis, bör meningealsäcken exstirperas och myelocystan reponeras, så vida den är *mycket* liten. MUSCATELLO lägger särskild vikt vid sist nämnda omständighet, ty det har i ett af hans fall visat sig, att, trots ringa omfång hos myelocystocoelet, förstörelsen af nervsubstansen hade framskridit ganska långt. En större myelocysta måste därför exstirperas, ty nervväfnaden kan vid en sådan ej hafva någon ledningsförmåga kvar, och den reponerade cystan skulle så att säga bilda en främmande kropp i spinalkanal. Vid myelocystomeningocoele antero-posterior föreslår MUSCATELLO, att man försöker exstirpera myelocystan och så vidt möjligt är uttömma det ventralt om ryggmärgen liggande meningocoelet samt reponera ryggmärgen i spinalkanal, hvarefter mjukdelarna hopsutureras. Slutligen uppställer han för myelocystomeningocoele ventralis det förslag, att man kunde aflossa märgsubstansen från säckväggen och reponera den i spinalkanal. Men han är själf den förste att förkasta det operativa ingreppet vid denna form. Visar den diagnostiska incisionen, att man har med en inoperabel cysta att göra, måste säcken skyndsamt hopsutureras. Om man vid operationen af ett meningocoele oförmodadt påträffar nerver, bör man, enligt MUSCATELLO, aflossa dessa i sammanhang med det inre lagret af säckväggen och reponera tillsammans. »så framt ej ett dylikt tillvägagående skulle stöta på oöfvervinnerliga svårigheter», i hvilket fall nerverna måste excideras. Han tyckes hysa den åsikten, att myelomeningocelen ej kunna förekomma utan att åtföljas af så svåra förlamningar, att operation ej bör sättas i fråga. Af denna orsak förkastar han äfven BAYERS metod, som han visserligen nödgas erkänna vara »geistreich» men för öfrigt finner »unnütz». <sup>2)</sup>

Med MUSCATELLO öfverensstämmer i det närmaste SIEGERT.<sup>3)</sup> Om vid det diagnostiska insnittet, som äfven han förordar, ett myelocystomeningocoele befinnes vara så beskaffadt, att den partielt dilaterade ryggmärgen föga framträder ur defekten i

<sup>1)</sup> A. st., s. 295.

<sup>2)</sup> A. st., s. 293.

<sup>3)</sup> SIEGERT: Ein Beitrag zur Therapie der Spina bifida. Dissertat. Strassburg 1889.

ryggraden, men omgifves af det till en vid säck utspända meningocoelet, så bör detta sist nämnda excideras och excisionsränderna sutureras med katgut, hvarpå följer hudsutur. Ingår däremot den cystöst utvidgade ryggmärgen i det omgifvande meningocoelets vägg, så bör denna vägg excideras och därmed äfven, så vida det ej kan undvikas, i fråga varande ryggmärgsparti. Bildar slutligen myelocystocoelet en stor säck, hvilken omslutes af meningocoelet, så bör detta excideras och myelocystan försiktigt tömnas samt å dess topp excision göras i så stor utsträckning som behöfves, för en lineär hopfogning. Hårtill använde *SIEGERT* katgut. Slutligen hopsuturerar han meningar och hud.

I fråga om teknikens detaljer hos öfriga operatörer, som utfört excision vid spina bifida under den antiseptiska tiden, torde man utan öfverdrift kunna påstå, att det råder fullständig brist på öfverenstämmelse mellan författarne. *CHAMPIONIÈRE*,<sup>1)</sup> som opererade sitt första fall af spina bifida 1883, skonade därvid en del af de i säcken påträffade nerverna, men då han anlade en provisorisk, elastisk ligatur på basen, stämmer detta så föga öfverens med principen om nervelementens skonande, att han ingalunda tyckes hafva haft klart för sig dess betydelse. Utom vid professor *BERG*s metod, finner man ett fullt konsekvent genomförande af denna princip först vid *PÉRIERS* operation 1887.<sup>2)</sup> Men så litet rotfastad var den dock, att samme *PÉRIER* vid sin andra operation 1891 afknöt säcken med kedjeligatur före incisionen — och detta på en cysta med tjock vägg, där diagnosen af möjligen för handen varande nervelement var alt annat än lätt. Explorativincision utan preventiv afstängning af cystan och med reposition af nervelementen gjordes af *LEOPOLD*,<sup>3)</sup> *HODLY*,<sup>4)</sup> *PICQUÉ*,<sup>5)</sup> *BERGER*,<sup>6)</sup> *BOBROFF*<sup>7)</sup> och *RICARD*.<sup>8)</sup> Äfven *KIRMISSON* förfor på detta sätt vid ett fall, n:r 83, men hade dessförinnan exciderat den granulerande arean på cystans topp. *COCKBURN*<sup>9)</sup> och *MONOD*<sup>10)</sup> misslyckades i sina försök att reponera nerverna. Vidare utfördes explorativincision före excisionen af *HASSELMANN*,<sup>11)</sup> *HAYES*,<sup>12)</sup> *GÖSCHEL*,<sup>13)</sup> *LANNELONGUE*,<sup>14)</sup> *CHAMPIONIÈRE* (i hans andra fall<sup>15)</sup> 1887) *LÜCKE*,<sup>16)</sup> *CLUTTON*,<sup>17)</sup>

Se kasuistiken:

1) Fall n:r 74.	6) Fall n:r 130.	10) Fall n:r 85.	14) Fall n:r 101.
2) „ „ 77.	7) „ „ 129.	11) „ „ 98.	15) N:r 75.
3) „ „ 79.	8) „ „ 84.	12) „ „ 126.	16) Fall n:r 102.
4) „ „ 80.	9) „ „ 94.	13) „ „ 100.	17) „ „ 103.
5) „ „ 81.			

GARDNER,<sup>1)</sup> WALTER<sup>2)</sup> och PONCET.<sup>3)</sup> I dessa 10 fall skulle nervstammar, om sådana funnits, icke hafva blifvit lederade, ty cystan var ej preventift afstängd från spinalkanalen.

En rationel explorativincision har ej alltid åtföljts af ett rationellt skonande af nervelementen. Excision af dessa gjordes nämligen efter det diagnostiska insnittet af LAFITTE,<sup>4)</sup> BARTON,<sup>5)</sup> DOLLINGER,<sup>6)</sup> THIERMANN,<sup>7)</sup> PRENGREUBER,<sup>8)</sup> SENENKO<sup>9)</sup> och KEEN<sup>10)</sup> (i ett af dennes fall). HURD,<sup>11)</sup> POPPERT,<sup>12)</sup> HELFERICH<sup>13)</sup> och COCKBURN<sup>14)</sup> exciderade äfven nervelementen, trots föregående explorativincision, men de hade dessutom anlagt preventiv ligatur. Diagnostiskt insnitt efter preventiv afstängning af cystan gjordes vidare af JESSOP,<sup>15)</sup> BIRKHOLZ,<sup>16)</sup> PÉRIER (i hans ofvan berörda andra fall 1891<sup>17)</sup> SWANN,<sup>18)</sup> CECI<sup>19)</sup> och MARSHALL,<sup>20)</sup> men då i dessa 6 fall cystan befanns icke innehålla nervelement uppstod ej heller fråga vare sig om resektion eller reposition. Så vidt tillvägagåendet vid operationen i de kasuistiska meddelandena närmare detaljerats, har ej explorativincision utförts i flere fall än de nu anförda. Vid de öfriga i kasuistiken upptagna fallen har antingen excision företagits lager efter lager genom cystans bas, SINCLAIR,<sup>21)</sup> EVANS,<sup>22)</sup> TRENDELEBURG,<sup>23)</sup> CIUTI,<sup>24)</sup> eller efter föregående afstängning af basen, hvarvid nervelement påträffades och exciderades af NETZEL,<sup>25)</sup> LÖBKER,<sup>26)</sup> CZERNY,<sup>27)</sup> ROHMER,<sup>28)</sup> WAGNER<sup>29)</sup> och CABOT,<sup>30)</sup> medan AHLFELD,<sup>31)</sup> KIRMISSON (första fallet 1886<sup>32)</sup> GRONER (2 fall<sup>33)</sup>, BECKMAN,<sup>34)</sup> BRADFORD<sup>35)</sup> och KEEN (andra fallet<sup>36)</sup> icke omnämna några dylika.

Hvad excisionstekniken i öfriga punkter beträffar, torde så väl RICARDS förslag<sup>37)</sup>, att man före suturen borde lindrigt skarificera de mot hvarandra vettande meningealytorna, som de försök att erhålla en fastare betäckning öfver kotdefekten, hvilka tid efter annan gjorts, i någon mån förtjäna uppmärksamhet. Utom hvad redan anförts om plastisk förstärkning af hudbetäckningarna efter cystans excision — hvar till kan läggas TRENDELEBURGS försök att täcka excisionssåret med en stjälkad

Se kasuistiken:

1) Fall n:r 105.	9) Fall n:r 128.	16) Fall n:r 99.	25—30) Fall n:r 111
2) » » 107.	10) » » 95.	17) » » 78.	— 120.
3) » » 108.	11) » » 92.	18) » » 104.	31) Fall n:r 121.
4) » » 86.	12) » » 91.	19) » » 106.	32) N:r 82.
5) » » 87.	13) » » 93.	20) » » 109.	33—36) N:r 122 —
6) » » 127.	14) » » 94.	21—24) Fall n:r 110	125.
7) » » 88.	15) » » 97.	— 113.	36) N:r 96.
8) » » 89.			

<sup>37)</sup> Bullet. de la Soc. de Chir. 1893, bd XIX s. 200.



lambå från omgifvande lumbalregion och MONODS att genom afpreparering af aponevrosen från de intill defekten gränsande muskelmassorna, bilda ett par muskellambåer, som hopsutureades med försänkta katgutsuturer — äro härvid att omnämna de så kallade osteoplastiska metoderna. Dessa hafva haft till mål, att sedan säcken alt efter fallets art blifvit på vederbörligt sätt behandlad, åstadkomma en ossös tillslutning af spinalkanalen. Den förste, som framkom med förslag i denna riktning och i ett fall utförde en dylik operation var MAYO ROBSON.<sup>1)</sup> Han gjorde exstirpation af säcken och suturerade stjälken, hvarefter han lade periost, som omedelbart förut fridissekerats från femur och os frontale af en kanin, med det osteogena lagret nedåt, direkt på de hopsuturerade meningerna och sammansyddde det sorgfälligt med periostet på defektens kanter. Öfver det hela förenades sedan hudlambåerna.<sup>2)</sup> På liknande sätt opererade HAYES<sup>3)</sup> året därefter ett fall. Det var likväl icke endast heterogent material, som ROBSON tänkte på att använda. Han skriver nämligen: *If the expanded neural arches be large, I think it might be advisable to bend them towards the central line, and by uniting them with silver wire to obtain a truly physiological closure of the spinal canal. I have not had a chance of trying this plan as yet.*<sup>4)</sup> Denna hans idé upptogs tre år senare af DOLLINGER,<sup>5)</sup> som gjorde osteotomi på den kota, genom hvars defekta båge ryggmärgsbräcket utträdde. Han genommejslade på båda sidor det rudimentära stycket af bågen till tre fjärdedelar af dess tjocklek, infrakturerade det mot medellinien och hopsyddde spetsarna öfver defekten. Ett analogt förfaringssätt använde SENENKO.<sup>6)</sup> Sedan han på båda sidor om defekten afmejslat bågrudiment och protuberantia posteriores af sacrum, försköt han de osteokutana lambåerna mot medellinien och lade etagerad sutur på ben, fascia och

<sup>1)</sup> KOCHS bekanta plastiska operation utfördes för rachischisis posterior.

<sup>2)</sup> Jfr. MAYO ROBSON: A new operation for spina bifida. Brit. med. journ., 1883, 1, s. 558.

<sup>3)</sup> ROB. T. HAYES: Newyork medical Record, 1883, XXXIII, januari 16, s. 648.

<sup>4)</sup> MAYO-ROBSON: A series of Cases of Spina bifida treated by plastic operation. Transactions of the Clinical Society of London., vol. 18, XXV, s. 219.

<sup>5)</sup> JULIUS DOLLINGER: Die osteoplastische Operation der Hydrorachis. Wien. med. Wochenschr., 1886, XXXVI, n:r 46.

<sup>6)</sup> W. SENENKO: Über Exstirpation des Sackes bei Meningomyelocoele mit nachfolgender Osteoplastik. St Petersburg. medic. Wochenschr., 1889, N. F. VI, 8, s. 69.



hud. Ännu ett steg längre gick BOBROFF. Han afmejslade från crista ilei en benlamell, som han på den mediala sidan lemnade i sammanhang med nutritionsstället, hvarefter det med periost täckta benstycket drogs öfver defekten i kotorna på det sätt, att den periostala ytan vändes inåt spinalkanalen. Sedan defektens rand uppfriskats, och benlamellen inpassats däri, fästes denna med ett par bensnturer.<sup>1)</sup> Försöket att hemta osteogent material från djur har emellertid ännu en gång gjorts, då nämligen BERGER<sup>2)</sup> emellan meningerna och huden inpassade ett stycke ben från scapula af en nyss dödad kanin.<sup>3)</sup>

Suturmaterialet synes, för så vidt det i kasuistiken omtalats, i flertalet fall hafva utgjorts af katgut å meningerna och silke eller fil de Florence å huden. Förbandet nämnes af de fleste författare ej särskildt, men en och annan, t. ex. MONOD, lägger stor vikt därvid. Kollodiet rekommenderas af några, och förstärkningar af olika slag till det närmast öfver såret liggande förbandslagret föreslås af en del operatörer. Det framhålles äfven, att den späda huden i närmaste omgifningen af en spina bifida brukar vara särskildt klenutrierad och därför har benägenhet att hemfalla åt sjukliga förändringar (eezem, gangren) hvarför sorgfälligt uppmärksamhet bör egnas åt kollodieförbandet. HELFERICH är den ende, som betonar nödvändigheten af att låta patienten under efterbehandlingen vara fixerad i bukläge.

<sup>1)</sup> A. A. BOBROFF. Ein neues osteoplastisches Verfahren bei Spina bifida. Centralbl. für Chirurgie, 1892, n:r 22.

<sup>2)</sup> PAUL BERGER: Cure radicale d'un spina-bifida lombaire; greffe d'une plaque osseuse etc. Gazette des Hôpitaux, 1892, n:r 6, s. 50.

<sup>3)</sup> Sedan ofvanstående nedskrifvits, har i ett referat i Centralbl. f. Chir. 1894, n:r 42 omtalats, att SKLIFOSOFFSKI med framgång använt BOBROFFS förfarings-sätt (att på en pat. med spina bifida, lidande af nevroparalytiska sår — mal perforant du pied — förmedelst en lamell från os ilei täcka defekten i col. vertebr.). Äfven anför S., att DJAKONOW gått till väga på ett med BOBROFFS analogt sätt och därvid haft framgång.

(Fort.)



## Nordisk medicinsk litteratur från 1894.

**Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:** GUSTAF NORDDUND: Om människans upprätta, stående kroppsställning. — ERIK MÜLLER: Om inter- och intracellulära körtelgångar. — R. TIGERSTEDT: Die Entdeckung des Lymphgefäß-systemes (OLAUS RUDBÄCK d. ä. und THOMAS BARTHOLINUS). — J. H. ÅKERMAN: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Pylorussekretes beim Hunde. — E. O. HULTGREN und E. LANDEREGREN: Ueber die Ausnützung gemischter Kost im Darne des Menschen. — I. E. ALÉN: Analyser af kvinnomjölök. — CARL TH. MÖRNER: Några rön angående kondroitinsvafvelsyrans förekomst. — I. HEDENIUS: Enkel metod att påvisa gallfärgämne i ikeriska vätskor.

GUSTAF NORDLUND: **Om människans upprätta, stående kroppsställning.** Upsala läkareför. förhandl. 1894—95, bd 30, s. 1.

Uppsatsen utgöres af ett föredrag, hållet på Upsala läkareförenings högtidsdag d. 17 sept. 1894. — Efter en öfversikt af de inre och yttre karakterer, som skilja människan från de högst stående djuren, söker förf. från anatomisk synpunkt analysera människans habituella upprätta ställning. Från den relativt upprätta ställning som kvadrupeden tillfälligtvis kan intaga, och det samma gäller äfven om de antropoida apornas ställning, skiljer sig människans ställning genom det upplyfta hufvudet, de raka nedre extremiteterna och framför allt genom obehöfligheten så väl af yttre stöd som af nämnvärdt muskelarbete. Denna ställning möjliggöres hufvudsakligen genom lumbalordosen, extreu extension af höft- och knäleder samt plantigra fötter. — Den stabila jämnvikten hos skelettet är en verkan af tyngdkraften och det passiva motståndet hos de mellan skelettdelarna spända ligamenten och musklerna. Hufvudets och kotpelarens fixation sker således genom den elastiska spänningen hos nackmuskulaturen resp. hos intervertebralskifvorna och de längsgående ligamenten. Ryggradens cervikal- och dorsalkröningar uppstå genom bakhufvudets och armarnas tyugd, lumbarkröningen framkallas i första hand af ryggmuskulaturen i och för kompenserig af bäckenlutningen. — Os sacrum kan sägas vara upphängt mellan de båda ossa ilei; ryggradens last kommer därför att genom spänningen af ligg. sacroiliaca å ena sidan pressa nämnda bens ledytter mot hvarandra, å andra sidan sträfva att skilja de nedre stödjepunkterna från hvarandra, hvilket emellertid hindras genom de i symfyser

förenade rami horiz. pub. — Då tyngdlinjen faller bakom höftleden blir det framför allt spänningen af ligg. iliofem., som fixerar denna ledgång, och bestämmer bäckenlutningen. Genom dessa ligamentsneda förlopp, måste en del af kraften — ligamentens spänning — sträfvat att rotera femur inåt eller åtminstone hindra dess utåtrotation. Detta »rotatoriska tryck inåt» hindrar altså den begynnelserotation utåt af femur, som på grund af knäledens byggnad måste inleda hvarje böjning i denna led, och knäleden fastläses härigenom i sträckställning. Vid den typiska ställningen med utåtriktade fotspetsar kan en böjning i talokruralleden icke ske med mindre än att knäna skiljas och böjas, men böjningen är, såsom nyss nämndes, hindrad genom ligg. iliofemor. (en motsvarande inåtrotation af tibia kan ju icke ske, så länge tibia stöder mot underlaget). Genom samma rotatoriska tryck klämmas äfven talusrullen fast mellan de båda malleolerna, och capitulum tali pressas ned mellan sustentaculum tali och os navic., hvarigenom fothalvfvets spänning ökas och hålles konstant.

*J. Vilh. Hultkrantz.*

**ERIK MÜLLER: Om inter- och intracellulära körtelgångar.** Akademisk afhandl., 58 s. stor oktav. Med 3 tafloer och 2 textbilder. Samson & Wallin. Stockholm 1894.

Förf. gifver först en historisk framställning af de åsikter, som anatomerna under olika tider haft om den secernerande ytans beskaffenhet i de körtlar, som varit föremål för hans undersökningar, nämligen spottkörtlarna, pankreas samt körtlarna i magsäcken och duodenum.

Hans egna undersökningar äro utförda förmedels den GOLGISKA silfverfärgningsmetoden, hvilken, utom sin förmåga att färga de i nervsystemet ingående elementerna, låter sig väl använda vid undersökningar inom körtelhistologien, i ty att innehållet i utförsångarna färgas svart.

Hvad spottkörtlarna beträffar, bekräftar han de af CAJAL, RETZIUS, LASERSTEIN beskrifna förhållandena, nämligen, att sekretvägarna taga sitt ursprung i form af fina förgrenade, icke anastomoserande rör, som i de serösa spottkörtlarna förlöpa mellan de, ändrören uppbyggande, cylindriska cellerna, i slemkörtlarna däremot endast finnas i de GIANUZZISKA halfmånarna. Han finner vidare uti dessa körtlar intracellulära rör, d. v. s. rör af samma beskaffenhet som de nyss nämnda, men hvilka förlöpa uti själva cellprotoplasman.

Uti pankreas tömmer sig sekretet ur cellerna likaledes i inter- och intracellulära rör.

Intressantast äro emellertid de bilder, som erhållas öfver sekretvägarna i funduskörtlarna. Förf. visade år 1892, att uti hundens funduskörtlar finnas ett särskildt dränagesystem för det sekret, som belägningscellerna afsöndra, i ty att detta först samlas i anastomoserande fina rör, som bilda en mycket karakteristisk, korgliknande figur, en kapillarkorg. Härifrån utgår en mäktigare tvärgång, som begifver sig mellan hufvudcellerna till det sedan länge kända körtellumen. Förf. meddelar nu sina fortsatta undersökningar öfver dessa förhållanden icke

allenast i hundens utan äfven i kattens, kaninens och svinets funduskörtlar. Beläggningcellernas, deras sekretvägars förhållanden inom de olika afdelningarna af körteln skildras sålunda utförligt här. Särskildt viktiga äro resultaten från svinmagens körtlar, som hittills ansetts vara enkla tubuli, af samma beskaffenhet som hos de ofvan nämnda djuren. Den GOLGiska metoden visar emellertid, att så är icke fallet: de äro af en vida mera komplicerad byggnad, i det att beläggningcellerna här bilda inom körteln särskilda bitubuli, af växlande form och storlek. Hos alla de undersökta djuren äro de, beläggningcellerna tillhörande sekretkapillarerne så väl peri- som intracellulära rör.

Därjämte finner förf., att äfven hufvudcellerna ega särskilda fina utförsvägar, i form af enkla eller udelade rör, som sänka sig emellan eller in i cellerna. I öfverensstämmelse härmed finnas äfven uti pyloruskörtlarna, som äro uppbyggda af celler, hvilka äro identiska med hufvudcellerna, riktiga sekretkapillarer af samma utseende som de nysnämnda. Samma är förhållandet uti de BRUNNERSKA körtlarna, som ju bilda en direkt fortsättning af pyloruskörtlarna.

Förf. har äfven undersökt de finare sekretvägarna förmedels andra metoder än den GOLGiska. Ut i sublimatfixerat material, som färgats med protoplasmafärgningsmedel, har han studerat de nämnda gångarna i de serösa spottkörtlarna och funduskörtlarna. De framträda här såsom fina, ljusa rör med skarpa, af protoplasman direkt begränsade konturer, och förlöpa, såsom man uti dessa preparat tydligen ser, dels inter-, dels intracellulärt. Studiet af dessa gångar uti dylika preparat har emellertid fört förf. in på de finare förhållandena vid sekretionsmekanismen, hvaröfver han förbehåller sig en mera detaljerad skildring till ett kommande arbete.

(Autoreferat).

R. TIGERSTEDT: **Die Entdeckung des Lymphgefäß-systemes (Olaus Rudbäck d. ä. und Thomas Bartholinus).** Skand. Arch. f. Phys., bd V, s. 89.

Förf. uppställer till afgörande frågan, huruvida upptäckten af de egentliga lymfkärlen — chyluskärlen upptäcktes af ASELLI och ductus thoracicus samt cisterna chyli af PECQUET — tillkommer RUDBÄCK eller BARTHOLINUS. Förf. lemnar efter originalkällorna en kronologisk öfversikt öfver de båda forskarnes upptäckter samt en framställning af de tvänne arbeten, i hvilka de själfva sammanfattat resultaten af sina undersökningar, nämligen *Nova exercitatio anatomica, exhibens ductus hepaticos aquosos et vasa glandularum serosa, hunc primam inventa, aeneisque figuris delineata ab Olao Rudbeck sueco och Vasa lymphatica nuper Hafniæ in animantibus inventa et hepatis exsequia.* Vidare skildrar förf. den prioritetsstrid, som uppstod mellan R. och B. Att R. ej har sitt vetande från B. framgår bl. a. däraf, att han inför drottning Kristina demonstrerat en del af sina viktiga upptäckter före B:s offentliggörelse. Att äfven B. vid sina upptäckter måste antagas hafva varit fullt själfständig framhåller förf. på flere grunder, särskildt gent emot HVASSER. Bedömes prioriteten efter offentliggörelsernas data, så tillkommer den samma B., ty hans ofvan nämnda arbete utkom i

Köpenhamn 1653 i maj, men R:s arbete utkom i Vesterås först på sommaren samma år. Tager man däremot hänsyn till datum för upptäckens fullbordande, så tillkommer prioritet en R. Förf. visar nämligen, att B. ej kom till den slutliga uppfattningen af lymfkärlen förr än efter maj 1653, då däremot R. hade sin uppfattning färdig redan före denna tidpunkt.

Förf. framhåller slutligen det lätt förklarliga uti, att tvänne personer, hvarandra ovetande, nästan samtidigt göra samma upptäckt.

*J. E. Johansson.*

**J. H. ÅKERMAN: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Pylorussekretes beim Hunde.** Skand. Arch. f. Phys., bd V, s. 134.

Förf. lemuar en framställning af den betydelse kändedom om pylorussekretets sammansättning har för lösandet af frågan: hvar saltsyran och pepsinet i magsaften bildas. Svårigheten vid föregående undersökningar har varit att erhålla ett rent pylorussekret från en normal slemhinna. Förf. har enligt särskild utarbetad operationsmetod på hund isolerat pylorusdelen från öfriga delen af magsäcken och af den samma bildat en blindsäck mynnande i buksåret. Fundusdelen förenades åter med duodenum, och för att undvika följderna af en ärrstriktur efter denna förening har förf. emellan magen och jejunum anlagt en typisk gastroenterostomi. Ett på detta sätt opererad djur hade förf. tillfälle att undersöka under loppet af 8 veckor. Djuret mådde hela tiden väl. Sekretet från pylorusblindsäcken *reagerade hela tiden alkaliskt samt visade sig innehålla löpe och pepsin men ingen saltsyra*. Vid efter djurets dödande företagen mikroskopisk undersökning af slemhinnan från blindsäcken befans denna vara normal samt ej innehålla några funduskörtlar. Förf. har äfven försökt att genom en  $\frac{3}{4}$  timme före djurets dödande företagen venös injektion af syrefuksinlösning erhålla någon karakteristisk färgning af körtelecellerna, men utan resultat. Hvarken körtelecellerna i fundus eller pylorusdelen visade sig hafva upptagit färgämne, under det att däremot muskelfäven och äfven den svagt alkaliska urinen var rödfärgad.

*J. E. Johansson.*

**E. O. HULTGREN und E. LANDERGREN: Ueber die Ausnützung gemischter Kost im Darne des Menschen.** Skand. Arch. f. Phys., bd V, s. 111.

Redan offentliggjord i Nord. med. arkiv, bd XXII.

*J. E. Johansson.*

**I. E. ALÉN: Analyser af kvinnomjök.** Upsala läkareför. förhandl., bd 29, sid. 213.

I ännu högre grad än af äldre undersökningar, utförda af bl. a. REISET (1843), BOUCHARDAT och QUEVENNE (1849) samt FORSTER (1881), framgår af förf:s undersökning, att halten af fett kan vid olika tillfällen betydligt växla uti mjök från en och samma kvinna. ALÉN undersökte i detta hänseende en 36-årig kvinna, ammande sitt 2:dra barn. Ej nog med, att det högra bröstet under i öfrigt likartade förhållanden lemnade en mindre fetthaltig mjök än det vänstra, äfven ur

samma bröst erhöles vid successiv utmjölkning ofantliga variationer i de olika mjölkportionernas fetthalt, så att nämligen fetthalten därunder gradvis stegrades. Såsom exempel må anföras minimi- och maximivärdena för fetthalten vid en dylik utmjölknings-serie:

1:sta	portionen (själfrunnen)	ur	högra	bröstit	0,30	%	fett,
7:de	»	»	»	»	4,90	»	»
1:sta	»	(själfrunnen)	»	vänstra	1,03	»	»
7:de	»	»	»	»	7,90	»	»

Carl Th. Mörner.

**CARL TH. MÖRNER: Några rön angående kondroitinsvafvelsyrens förekomst.** Upsala läkareför. förhandl., bd 29, s. 461.

Denna förut i endast några enstaka fall: trakeal- och larynxbrok från nötkreatur (förf.), skelettbrosk från haj och rocka (LÖNNBERG) samt uti brosk från nässkiljevägg och ytteröra hos svin (SCHMIEDEBERG), anträffade etersvafvelsyra har förf. sökt uppleta inom de olika delarna af ett och samma djur (fullvuxet nötkreatur) och därvid funnit, att af i alt 20 olika broskslag (14 hyalina, 2 elastiska, 4 bindväfs-) alla utan undantag voro kondroitin-svafvelsyrehaltiga, under det att uti 15 undersökta delar af icke broskartad natur, t. ex. ben, sena, muskel, lever, blod o. dyl. kondroitinsvafvelsyra ej kunde påvisas, hvadan kondroitinsvafvelsyra (åtminstone beträffande i fråga varande djurart) synes vara icke blott en konstant beståndsdel af broskväfnaden, utan äfven en för den samma *specifik* substans. Af kondroitinsvafvelsyrens förekomst uti aortas vägg är förf. därför benägen att sluta till närvaron af brosksubstans därinom uti så larverad form, att den ej af histologerna uppfattats som sådan.

I sammanhang härmed pröfvade förf. 8 patologiska broskbildningar (enkondromer) från människa och fann dem samtliga kondroitinsvafvelsyrehaltiga.

Carl Th. Mörner.

**I. HEDENIUS: Enkel metod att påvisa gallfärgämne i ikeriska vätskor.** Upsala läkareför. förhandl., bd 29, s. 541.

Efter att hafva framhållit de ofullkomligheter, som vidlåda de af v. JAKSCH i hans »Klin. Diagnostik inn. Krankh.» 3:dje uppl., s. 84 angifna bägge metoderna för påvisande af gallfärgämne (bilirubin) uti blodet från ikeruspatienter, omnämner förf. sina försök att, tillämpande principen för HUPPERTS allbekanta gallfärgämnerreaktion, genom ett enkelt tillvägagående påvisa gallfärgämne, när det förekommer i blod eller andra ägghvitehaltiga vätskor. Är vätskans ägghvitehalt jämförelsevis låg, såsom plägar vara fallet med t. ex. pleuritiskt exsudat eller hydrocelevätska, och halten af bilirubin ej försvinnande liten, kan vätskan *direkt* prövas.

Sedan 5 cem. därav försatts med 10—15 cem. spiritus conc. samt så många droppar acid. hydrochlor. dilut., att den vid sprittillsatsen uppkomna fällningen åter löst sig, upphettas blandningen till kokning en à två gånger, då vätskan vid närvaro af gallfärgämne antager blågrön färg.

Är det däremot fråga om en synnerligen ägghviterik vätska, t. ex. blod, eventuelt minimal bilirubinhalt i den samma, bortskaffas först ägghviteämnena (vid blod äfven blodfärgämnet) genom tillsats af flere volumer sprit, hvarefter *jiltratet* pröfvas som ofvan.

Känslighet: 1 d. bilirubin på 50,000—100,000 d. vätska. Andra gula färgämnen såsom lutein, urobilin synas ej störande inverka på reaktionens förlopp.

För pröfning af urin erbjuder denna reaktion ej samma fördelar, som vid arbete med serösa vätskor, utan är i detta fall den ROSEN-BACHska modifikationen af GMELINS prof att föredraga.

*Carl Th. Möller.*

### Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

F. G. GADE: Patologisk anatomisk Kasuistik. IV. Et Tilfælde af Anencefali og total Amyeli med flere andre Dannelsesfejl.

F. G. GADE: Patologisk-anatomisk Kasuistik. IV. Et Tilfælde af Anencefali og total Amyeli med flere andre Dannelsesfejl. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 715—733. 3 Tegninger.

Forf. har her beskrevet et ret mærkeligt Tilfælde af Misdannelser hos et Foster, der fødtes i 7de Fötalmåned. Det var anencefalt og manglede totalt Rygmarv, havde microphthalmia (aplasia lentis, corneæ, musc. et corporis ciliaris et iridis), synechia labiorum, atresia ani vestibularis, aplasia vertebrarum et costarum c. lordosi, sternum bipartitum, talipedes valgocalcani, symphysis et descensus renum. Forf. opstiller som »fælles Årsag for denne Masse af Misdannelser en "primär Aplasi", Fejl i Væxtenergien, ikke mindst i Epiblastens Dannelser.» — Hvad der nu længst tilbage begrunder denne primære Aplasi, er ikke let at sige. Men at denne generelle Grund, der peger ud over det fötale Individ selv, har noget for sig, støttes ved den Ejendommelighed, at samme Moder har født 3 slige Misdannelser til Verden. Angående Enkeltherue henvises til den forövrigt læseværdige Afhandling.

*G. G.*



**Speciel patologi och terapi:** F. LENNMALM: Om kombinerade skleroser i ryggmärgens bak- och sidosträngar. — L. WOLFF: Om gastriska kriser ved tabes, särskildt såsom initialsymptom. — H. KÖSTER: Ett fall af travmatisk nevros. — CHR. LEEGAARD: Nevrologiske Meddelelser: Om Anæstesi ved perifere Nerveledelser. — KRISTIAN GRÖN: Myxödem. Hypertrafi af hypophysis cerebri. — ISAGER: Et Tilfælde af Afasi i Tilslutning til krupös Pnevmoni. — A. FLÖYSTRUP: Et Tilfælde af Död ved Hjärteslag. — G. D. WILKENS: Kreosotterapi vid lungtuberkulos. — N. SAMUELSON: Ett fall af fistula œsophageo-pleurothoracica. — H. KÖSTER: Primär actinomycosis pulmonum med metastaser. — THURE HELLSTRÖM: Iakttagelser angående difteribacilleus fortvaro hos difteripatienter. AASER: Om Smitte ved Skarlagensfeber. — AUG. KOREN: Om Smitte ved Skarlagensfeber. — V. KROHN: Tre Tilfælde af Kopper, behandlede i rødt Lys. — NIELS R. FINSEN: Om Behandling og Forebyggelse af ascites. — H. KÖSTER: Kronisk ikterus genom lymkörtelkompression. — H. KÖSTER: Till de suppurativa kolecystiternas kasnistik. — AXEL THOMSEN: En Metode til kvantitativ Saltsyrebestemmelse i Maveindhold. — L. NYROP: En elektrisk Vibrator.

F. LENNMALM: **Om kombinerade skleroser i ryggmärgens bak- och sidosträngar.** Hygiea 1894, bd 54, II, s. 148 och 209.

Ur anatomisk synpunkt kan man lämpligen indela ryggmärgssjukdomarna i diffusa och systematiska, om än gränsen mellan dem ej alltid kan exakt bestämmas. Den moderna medicinen nöjer sig dock ej med den anatomiska diagnosen utan sträfvär att om möjligt finna det etiologiska momentet, som ofta ger de viktigaste indikationerna för det praktiska handlandet. Vid en rationel indelning af ryggmärgssjukdomarna måste därför tillbörlig hänsyn tagas till etiologien. Stödd på i litteraturen nedlagt material og egna iakttagelser uppställer förf. följande skema:

- A) Kombinerade diffusa ryggmärgsskleroser (vaskulära skleroser):
  - a) beroende på arteriosklerotiska kärlförändringar;
  - b) beroende på syfilitiska kärlförändringar;
  - c) förekommande vid pernicios anemi;
  - d) med obekant och växlande etiologi.
- B) Kombinerade systematiska ryggmärgsskleroser:
  - a) hereditära;
    - 1. FRIEDREICHS ataxi;
    - 2. STRÜMPPELLS hereditära, spastiska spinalparalys;
  - b) framkallade af gifter och infektioner:
    - 1. pellagrösa systematiska skleroser;
    - 2. postsyfilitiska systematiska skleroser;
  - c) med obekant etiologi.
- C) Kombinerade ryggmärgsskleroser med samtidigt både diffusa och systematiska lesioner.

Diagnosen, så väl den anatomiska som den etiologiska, är i de flesta fall möjlig, ibland lätt. Där syfilis är etiologiskt moment anser

förf., att antisypilitisk behandling är af nytta, äfven då fråga är om de postsypilitiska skleroserna.

*Edgren.*

**L. WOLFF: Om gastriska kriser vid tabes, särskildt såsom initial-symptom.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 33.

Förf. meddelar 3 fall, i hvilka tabiska kriser utgjorde ett tidigt symptom. I första fallet, en 30 års man, uppträdde symptomet 8 år efter en chankre; i det andra, en 50-årig man, fans ej sypilitisk infektion i anamnesen, anfallen sattes här i samband med en förkylning; det tredje, en 46-årig kvinna, hade haft ett missfall och ett för tidigt födt barn, och fick anfall första gången ett år efter missfallet. I alla 3 utgjorde kriserna det sjukdomsbilden beherskande symptomet. Karakteristiska tabessymptom funnos, ehuru de ej i betydligare grad besvärade patienten; dessa varade olika lång tid och återkommo med olika mellantid. Magsaften, undersökt efter EWALDS proffrukost, visade frånvaro af saltsyra och mjölksyra, endast svagt sur reaktion, inga rester från föregående måltider, således, i motsats mot hvad af flere författare uppgifvits, ej hyperaciditet. Förf. redogör därefter utförligt för de gastriska kriserna, deras diagnostiska skiljande från liknande lidanden och för terapien.

*Köster.*

**H. KÖSTER: Ett fall af travmatisk nevros.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1894, s. 103. Med 1 bild i texten.

Ett fall med halfsidig, dock ej total hemianestesi och en om hysterien mycket påminnande symptombild, som uppstått efter ett fall. En bilagd bild åskådliggör sensibilisersrubningens oregelbundna fördelning.

*Köster.*

**CHR. LEEGAARD: Nevrologiske Meddelelser: Om Anæstesi ved perifer Nervelidelser.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 529—642. 107 Tegninger.

### I.

Lambed og Følesløshed optræder ikke så nøje bundne til hinanden, som man skulde vente; Lambed er et konstant Symptom, medens Følesløshed kan mangle. Forf. nævner også flere Exempler på, at Anæstesien kan mangle, efter at Nerven er overskåren.

Forf. behandler først Spørgsmålet om Nervers Tilheling per primam. Enkelte Videnskabsmænd mener, at dette kan finde Sted, andre stiller sig tvivlende lige overfor dette Spørgsmål.

Årsagen til Anæstesiens Svinden må dog søges andetsteds, i de anatomiske, fysiologiske Forhold.

Anatomisk bør Anastomosernes Betydning fremhæves, ligeså Nerveendernes Udbredning i Huden.

Det fremgår af flere Videnskabsmænds Arbejder, at Hudnerverne fysiologisk langt fra er skarpt begrænsede i sin Udbredning, og Forholdene må således i kliniske Tilfælde kunne stille sig indviklede. Læren om de tilbageløbne sensible Fibre må også tages i Betragtning.

Hvad det patologiske angår, har enkelte nævnt, at de sensitive Fibre skulde være mere modstandsdygtige mod ydre Påvirkninger og lettere regenereres end de motoriske; men dette forudsætter, at de motoriske og sensitive Nervefibre skulde have forskellige Egenskaber, hvilket strider imod, hvad Fysiologien lærer os om de motoriske og sensitive Nervers Identitet.

Da der dog findes Lamhed uden Anæstesi, må dette forklares derved, at Fölecentret sættes lettere i Bevægelse end Musklen. »Viljeimpulsen når Musklen, men er ikke kraftig nok til at bringe dennes talrige Fibre til Kontraktion, afsvækket som den må være på Grund af den øgede Modstand i den syge Nerve. Föleindtrykket derimod når Hjärnen og fornemmes. Forskellen synes her at bunde i Endeorganernes — de sensoriske Hjärnecellers og Muskelfibrenes — forskellige Evne til at optage et og samme minimale Irritament. Dette kan være kraftigt nok til at bringe Hjärnecellerne ud af sin Ligevægtsstilling og derved udløse Fornemmelse uden derfor at være tilstrækkeligt til at bringe en Muskelmasses talrige Fibre til Kontraktion.»

## II.

Forf. meddeler her 65 Sygehistorier og forklarer nærmere hvert enkelt Tilfælde.

## III.

Forf. giver i dette Afsnit et Overblik over sine kliniske Iagttagelser, sammenligner disse med fremmede Forfatteres Iagttagelser og belyser på denne Måde de almindelige Spørgsmål.

Først omhandles Nervestrømmen og Nervers Tilheling per primam. Primær Nervesöm — anlagt för Degenerationen kan tænkes at have kommet istand — er udført i 5 Tilfælde, hvor Tilheling per primam antages at have fundet Sted i ét Tilfælde. Sekundär Nervesöm har været udført i to Tilfælde uden Resultat.

Omhandler i dette Afsnit videre: Anæstesi af *ulnaris*, *medianus*, *radialis*, *axillaris*, *plexus brachialis*, *cruralis*, *plexus sacralis*, *ischiadicus* og *trigeminus*.

Forf. slutter med at udtale: »at de mange vexlende Iagttagelser og de forskellige Anskuelser vil kunne arbejdes sammen ved kliniske Undersøgelser til Overensstemmelse og Klarhed. Også på Anæstesiens Område gör der sig lovmæssige Forhold gældende, som planmæssigt Arbejde bringer i Dagen og som stiller dette Spørgsmål frem som et i diagnostisk og prognostisk Henseende uvurderligt Sygdomstegn og ikke som et på Grund af sin formodede uberegnelige Optræden lige-gyldigt.»  
Olaf Bergh.

KRISTIAN GRÖN: **Myxödem. Hypertrofi af hypophysis cerebri.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1894, S. 734—739.

G. refererer et casus af Myxödem, hvor der ved Obduktionen fandtes en Hypertrofi af Hypofysen ved samtidig Atrofi af glandula thyreoidea.  
Halfdan Hopstock.

ISAGER: **Et Tilfælde af Afasi i Tilslutning til krupös Pnevmoni.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1047.

En 9 årig Dreng angrebes af Pnevmoni; efter indtrådt Krise, da Temp. var normal og Almenbefindendet godt, optrådte komplet Afasi, i det Drengen hverken selv kunde tale eller var i Stand til at sige Ord eller läse op af en Bog. Han förstod Tiltale og var i Stand til på Opfordring at rejse sig, räkke Tunge o. s. v., derimod kunde det ikke oplyses om han förstod skrevne eller trykte Ord.

Efter en Uges Forlöb, svandt Afasien gradvis, men hurtigt.

*F. Levison.*

A. FLÖYSTRUP: **Et Tilfælde af Död ved Hjärt slag.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 1, S. 933.

En 34-årig Kvinde blev funden döende på en Trappe og döde hastig under Symptomer på Hjärtelamning. Sektionen viste som väsentlig Dödsårsag en ikke betydlig Arteriosklerose af aorta, der havde föranledigt en Forsnävring af Indträdesstedet af art. coron. cordis och Fedtdegeneration af Hjärtets Muskulatur.

*F. Levison.*

G. D. WILKENS: **Kreosotterapi vid lungtuberkulos.** Festskrift tillagnad d:r F. W. WARFVINGE. Stockholm 1894, s. 39.

Förf. har under de senare åren behandlat närmare 200 fall af lungtuberkulos i alla stadier med tämligen höga doser kreosot. Han har föredragit den HOPMANSKA blandningen: 1 del kreosot och 2 delar tinct. chinæ compos. eller tinct. gentianæ — gifven i riklig mängd mjölk — 1—2—3 liter dagl. Omkr. 80 % af patienterna hafva väl fördragit kreosoten. Dosen har till en början varit 1 gm dagl. och hvarje vecka ökats med  $\frac{1}{2}$  gm, i de flesta fall har han kommit upp till 6—7—8 gm dagl. och hos ett fåtal — omkr. 10 % — till 11—12—13 gm dagl. Vissa patienter hafva fortsatt behandlingen 4—6 månader och förbrukat 700—1,000 gm kreosot. Någon specifik verkan på den tuberkulösa processen anser sig förf. dock ej, oaktadt de höga doserna, hafva iakttagit, däremot har kreosoten gynsamt påverkat digestionen.

Förf. anser sig kunna rekommendera kreosot i en dos af 2 till 4 gm om dagen såsom ett godt symptomatiskt medel ej blott i färska utan äfven i mera framskridna fall, i synnerhet vid digestionsrubbingar.

*Edgren.*

N. SAMUELSON: **Ett fall af fistula œsophageo-pleurothoracica.** Festskrift tillagnad d:r F. W. WARFVINGE. Stockholm 1894, s. 227.

11 år gammal hade pat. insjuknat 1888 med symptom, som tydde på varsamling i högra pleurahålan, incision gjordes då och omkring 400 kem. var uttömdes. En fistelgång kvarstod emellertid; d. 13 mars 1894 kände han häftiga smärtor i bröstet, ur fistelöppningen utkommo nedsväljda apelsinbitar. Sedermera konstaterades upprepade gånger, att nedsväljd vätska utkom ur fistelöppningen. Det upphostade

slemmet var alltid blandadt med osmälta matrester. Pat. afled d. 9 juli 1894.

Vid obduktionen befans œsophagus vara dragen öfver åt höger och visade en omkr. 2 cm. lång usur, genom hvilken den fritt kommunicerade med högra pleurahålan.

*Edgren.*

H. KÖSTER: **Primär actinomyces pulmonum med metastaser.** Göteborg. läkaresällsk. förbandl. 1894, s. 1.

Redogörelse för det vidare förloppet och sektionens fyndet i det i föregående årgång beskrifna fallet af aktinomykos. Pat. afled efter uppträdandet af multipla abscesser, och sektionen visade aktinomyceshårdar i hjärtat, lungorna, mjälten, njurarna och hjärnen samt talrika sådana under huden. De sist nämnda visade bilden af kalla abscesser; huruvida de uppstått såsom följd af aktinomyces eller genom en »mischinfektion» vågar förf. ej afgöra, ehuru han anser det sist nämnda sannolikast, då visserligen flertalet anlagda kulturer voro sterila, men i några sådana kokker, påminnande om staphylococcus pyogenes albus, utvecklades. Behandlingen med jodkali visade sig utan verkan.

*Köster.*

THURE HELLSTRÖM: **Iakttagelser angående difteribacillens fortvaro hos difteripatienter.** Festskrift tillagnad dr F. W. WARFVINGE. Stockholm 1894, s. 87.

Förf. framhåller, att påvisandet af difteribacillen är nödvändigt för en säker diagnos; bacillerna kunna försvinna ur halsen samtidigt med beläggningarna, de kunna också lefva kvar därstädes under längre eller kortare tid sedan beläggningarna försvunnit; nya beläggningar kunna uppstå, i somliga fall beroende af en difteriinfektion (recidiv), i andra varande af en alldeles oskyldig art (icke difteri); endast den bakteriologiska undersökningen kan afgöra beskaffenheten hos de nya beläggningarna. De under sjukdomen uppträdande komplikationerna liksom halsens anatomiska byggnad synas i allmänhet vara utan inflytande på bacillernas fortvaro i slemhinnan. Innan difterisjuka tillåtas komma i beröring med andra friska personer, är en bakteriologisk undersökning nödvändig för att afgöra, huruvida difteribaciller upphört att finnas kvar eller icke. Så snart difteribacillerna upphört att vegetera hos en patient, synes han icke vidare vara smittoförande.

*Edgren.*

AASER: **Om Smitte ved Skarlagensfeber.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, s. 895—898.

Overläge AASER kritiserer i denne Artikel Overläge KORENS Kritik over Dr. USTVEDES Afhandling om ovenstående Åmne.

*Halfdan Hopstock.*

AUG. KOREN: **Om Smitte ved Skarlagensfeber.** Norsk Msgaz. f. Lägevid. 1894, S. 643—646.

Dr. USTVEDES Afhandling om dette Ämne i Magarinet, S. 287, har foranlediget Overläge KOREN til at gøre nogle Bemærkninger angående samme.

*Halfdan Hopstock.*

V. KROHN: **Tre Tilfælde af Kopper, behandlede i rødt Lys.** Hosp.-Tid., R. 4, Bd 2, S. 987.

3 Tilfælde af variola, i hvilke FINSSENS Behandling anvendtes med Nytte.

*F. Levison.*

NIELS R. FINSSEN: **Om Behandling og Forebyggelse af ascites.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 890, 909.

Forf. gör opmærksom på, at det i mange Tilfælde kan være vanskeligt at udfinde og endnu vanskeligere af påvirke den dybere liggende Årsag til ascites, og at det derfor må være Lägen magtpåliggende at bekæmpe det sygelige Symptom, Vädskeansamlingen i Bughulen. Dette opnås ved at regulere og stærkt indskrænke Tilførelsen af Vädske med Föden, således at der ikke nydes mere end 400 til 800 Cen. Vädske i 24 Timer. Ved Forsög, som Forf. har anstillet med sig selv, viste det sig, at Underlivets Omfang aftog, de subjektive Symptomer af Tyngde og Besvärethed sank, medens samtidig Diuresen steg ret betydeligt. Virkningen af denne Afholdskur kan understöttes ved afförende Midler (magnesia) og ved indvortes Brug af Klorammonium.

*F. Levison.*

H. KÖSTER: **Kronisk ikterus genom lymfkörtelkompression.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, protok. s. 6.

Redogörelse för en genom tryck af ostiga lymfkörtlar å ductus choledochus förorsakad långvarig ikterus, som efter 1½ års duration plötsligen försvann. Sektionen — pat. afled af lungtuberkulos — visade, att hindret för gallans afflöde häfts, därigenom att en ostig körtel uppmjukats och perforerat ductus choledochus' vägg samt tömt sitt innehåll den vägen.

*Köster.*

H. KÖSTER: **Till de suppurativa kolecystiternas kasuistik.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 21.

Redogörelse för tvänne fall jämte epikris.

Första fallet förlöpte under bilden af en ileus med svåra kräkningar, bristande afföring och väderafgång samt betydlig kollaps vid inkomsten. Ileussymptomen häfdes visserligen genom upprepade lavemang, men sedan tillstötte först en högersidig plevrit, ödem i hudbetäckningarna å höger sida, var erhöles vid djup punktion, och akut ventrikeldilation uppträdde. Sektionen visade en nästan total förstöring af gallblåsan, af hvilken endast en tunn, gangrenerande slamsa anträffades i en subhepatisk abcess jämte spridda gallstenar. Diagnosen hade under all reservation stälts på en paratyfit med efterföljande

abscessbildning i lefvern, af skäl, i fråga om hvilka hänvisas till epikrisen. Symptom af gallstenskolik eller ikterus hade aldrig funnits.

I andra fallet funnos lindriga dyspeptiska symptom och kronisk ikterus; diagnos gallsten. En afebril erysipelas nasi tillstötte men tycktes häfd, då plötsligen talrika hudblödningar och stora blodblåsor uppträdde å huden under obetydlig feber, och pat. afled. Sektionen visade en nästan total bortulceration af gallblåsans slemhinna och riklig varmängd i blåsan.

Båda fallen visa, huru latent en betydlig förstöring af gallblåsan kan förlöpa. *Köster.*

**AXEL THOMSEN: En Metode til kvantitativ Saltsyrebestemmelse i Maveindhold.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 957.

THOMSEN har, ligesom de fleste andre Forfattere, der have sysselet sig med Saltsyrebestemmelser i Maveindhold, fundet, at de opnåede Resultater give meget upålidelig Vejledning til Diagnosen og Behandlingen af Mavesygdommene. Uden altså at meddele noget nærmere om Resultaterne af Undersøgelserne giver han Oplysning om den af ham anvendte Metode til Saltsyrebestemmelse, angående hvilken må henvises til Originalen. *F. Levison.*

**L. NYROP: En elektrisk Vibrator.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 939.

Beskrivelse og Afbildning af et Apparat til Frembringelse af Vibrationer, som sættes i Bevægelse af en elektrisk Strøm og virker på lignende Måde som de mekaniske Vibratorer. *P. D. Koch.*

**Kirurgi och oftalmiatrik:** G. AHLSTRÖM: Oftalmometriska studier. — G. AHLSTRÖM: Redogörelse för 100 starroperationer. — K. G. LENNANDER: Fall af farynxerysipelas. — H. MYGIND: Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer. — ARNOLD LARSEN: Om Kloroformnarkose ved Operationer for adeoide Vegetationer. — H. MYGIND: Bemärkninger i Anledning af Dr. med. ARNOLD LARSENS Artikel om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer. — K. G. LENNANDER: Arrstriktur i oesophagus hos ett 2 månader gammalt barn; yttre esofagotomi; hälsa. — A. LINDH: Tarminvagination hos ett 5 månaders barn, häfd medels laparotomi och reposition. — K. SCHILLER: Några operationer för appendicitis. — A. LINDH: Appendiciter, opererade under det fria stadiet. — I. C. HOLST: Et Tilfælde af appendicitis. Fäkalsten udbragt ved Incision og Drænage. — O. BLOCH: Extraabdominal Resektion af hele colon descendens og et Stykke af colon traasversum for cancer. — KARL SCHILLER: Fall af nefrektomi + ureterektomi. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentväsen.

G. AHLSTRÖM: **Oftalmometriska studier.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 10.

Undersökningarna, som verkstälts med Javal-Schiötz' oftalmometer, gälla 120 ögon med medfödd astigmatism. Angående hornhinneastigmatismens förhållande till ögats totalastigmatism, så öfverensstämde i ungefär halfva antalet fall, 56, den oftalmometriska undersökningens resultat med det, som framgått ur den funktionela undersökningen; differensen var dock i allmänhet ringa, 0,50—2,00 D. I 40 fall var totalastigmatismen större än den med oftalmometern funna hornhinneastigmatismen; i 24 fall åter var den sist nämnda större, dock blott i ringa grad. *Emot* den s. k. funktionela kompenserande linsastigmatismen tala särskildt ett par fall, där trots tydlig hornhinneastigmatism icke visade sig några subjektiva symptom därpå, förr än ögonen atropiniserats, hvilka symptom emellertid försvunno genom användandet af stenopeiskt hål; någon olikformig sammandragning af m. ciliaris kan åtminstone i dylika fall ej tagas såsom förklaringsgrund, utan är den att söka uti den olika storlek, som pupillen vid de resp. tillfällena visar, i det med utvidgade pupiller astigmatismen i de periferia kornealpartierna kan på grund af den sferiska observationen lättare gifva sig till känna.

*Ahlström.*

G. AHLSTRÖM: **Redogörelse för 100 starroperationer.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 56.

Aseptiken i dessa fall bestod i, att förbandsartiklar och dyl. steriliserats i strömmande vattenånga, instrumenterna kokats, kokainet m. fl. ögondroppar kokats i Stroscheius flaska, å patienterna hafva ett dygu före operationen utsköljningar af konjunktivan med svag sublimatlösning upprepade gånger företagits. Vid i fråga varande fall har användts den modifierade linearextraktionen, med iridektomi; suppuration har ej visat sig i mer än ett enda fall, där pat. på grund af kollaps-



artade symptom hemförslades på 5:te dagen; vid utskrifningen från ögonsjukhuset var ögats tillstånd godt, men några dagar senare visade sig kornealsåret infekteradt. I 5 fall förelåg travmatisk starr: i 12 fall var katarakten immatur. Resultatet — noteradt vid utskrifningen i regel 2 veckor efter utskrifningen — var:  $S = \frac{6}{18}$  i 73 fall,  $S \geq \frac{6}{60}$  i 26 fall,  $S =$  kvant. ljusperception i 1 fall. Som komplikationer under läkningen anföras 2 fall, där kornea andra dagen vikt sig om utåt; 5 fall af irit; i ett par fall öppnade sig kammaren åter på 3:dje till 4:de dagen, i ett fall ännu senare. Operation med iridektomi förordas framför den »enkla» metoden.

*Ahlström.*

K. G. LENNANDER: **Fall af farynxerysipelas.** Upsala läkareför. förhandl., bd 24.

Uppsatsen inledes med redogörelse för en å Akadem. sjukhuset i Upsala nosokomial erysipelasepidemi, som skördade 3 offer af 7 angräpnna. Med anledning häraf lemna förf. i monografisk form en öfversikt öfver erysipelas i allmänhet och i synnerhet den å slemhinnan lokaliserade formen. På rent klinisk väg förklaras 4 med visshet vara erysipelas: de diagnosen betingade momenten äro inflammation i huden utan varbildning, allmänna infektiösa tecken, intensiv rodnad, någon svullnad, ömhet samt antiseptiskas maktlöshet. Dock blir sjukdomen alltid i viss mån subjektiv till diagnosen från klinisk sida. Den utgår alltid från väfnadslesion.

*L. Paykull.*

H. MYGIND: **Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 893.

Polemisk Indhold.

*Schniegielov.*

ARNOLD LARSEN: **Om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 968.

Polemisk Indhold.

*Schniegielov.*

H. MYGIND: **Bemærkninger i Anledning af Dr. med. Arnold Larsens Artikel om Kloroformnarkose ved Operationer for adenoide Vegetationer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 971.

M. hävder, at Kloroformnarkoser ved Operationer for adenoide Vegetationer ere ikke uden Farer, og nævner en Del Tilfælde af Død, hentede fra Literaturen, under disse Operationer.

*Schniegielov.*

K. G. LENNANDER: **Ärrstriktur i œsophagus hos ett 2 månader gammalt barn; yttre esofagotomi; hälsa.** Upsala läkareförenings förhandl., bd 24.

Uppsatsen innehåller utom sjukhistoria, operationsberättelse o. d. dels en epikritisk belysning därpå, dels allmänna reflexioner. Barn, 2 år, 2 mån., förter en tesked floralut (25 % konst. natr.) och måste efter 3 veckor underkastas behandling för tilltagande dysfagi med inunk-

tion till följd af en i jugulum börjande till detaljer ej bestämbar striktur, som ej genomsläpte någon sond. Operationen, till hvars detaljer hänvisas, företogs i form af yttre esofagotomi för att från såret eftersträfvat dilatation, samt emedan den våldsamma dilatationen och den inre esofagotomien ansågos såsom osäkra och farliga vara kontraindicerade, och å andra sidan omständigheterna gifvo hopp om gastrotomiens obehöflighet. Strikturen kunde från såret genomträngas med MAISONNEUVES uretrotoms ledare och sedermera genom hjälp på detta sätt af efter hvartannat uretrotomskidan själf, af BÉNEQUES sond n:r 12—14, mjuka fr. bougie med blyfyllning 15—19 samt sist NÉLATON å démeure n:r 15. Näring i lämplig proportion insprutades genom kateter å démeure, till dess denna efter 2 veckor borttogs och ersattes af daglig sondering, sedan förnyadt inläggande af kateter genom munnen och näsan visat sig olämpligt och svårt, och förf. uppställer i några epikritiska anmärkningar såsom sin uppgift att ordna behandlingen efter samma grundsatser som vid en yttre uretrotomi, där ej permanent kvarliggande kateter tåles. Pat. fick nu börja äta själf; såret läktes sakt från botten, medan dagliga sonderingar altjämt vidgade strikturen, till dess kateter n:r 30 kunde lätt genomtränga den samma, och barnet utskrefs efter 4 månaders sjukdomstid.

Till sist lemnar förf. en allmän öfersikt öfver i literaturen förekommande uppgifter om behandling af olika stadier efter intagu. af syra och alkali, börjande med neutralisation, öfvergående i svårare fall till sondering antingen med fiskbenssond med olivknapp, mjuk fr. uretral-bougier, tarmsträngar eller vaxbougier samt i sista hand de redan omnämnda operationssätten.

*Tillägg:* Sex år efter operationen är barnet fullt friskt och för sin ålder normalt utveckladt. Han sonderaderades de två första åren 1 gång i veckan, sedan mindre ofta, sista året blott 4 gånger med en hagelfylld fransk sond n:r 30.

*L. Paykull.*

A. LINDH: **Tarminvagination hos ett 5 månaders barn, häfd medels laparotomi och reposition.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 19.

Kort kasuistiskt meddelande. Invaginationen hade inträffat  $2\frac{1}{2}$  dygn före operationen och befans vid operationen vara en flerdubbel sådan af ileum och colon ända ned til colon descendens.

*Köster.*

K. SCHILLER: **Några operationer för appendicitis.** Göteborgs läkaresällskaps förhandl. 1894, s. 83.

Redogörelse för 8 opererade fall, af hvilka ett fall, en 22-årig man, i diagnostiskt hänseende är af intresse, i det här visserligen en ansvallning och inflammation af appendix anträffades, men anledningen till den diffusa peritoniten befans vara ett perforerande ulcus ventriculi, som under lifvet varit symptomlöst; det andra visade en päronformigt ansväld, knölig, 10 cm. i omkrets mätande, genomskinnlig cysta i änden af processen, sannolikt enligt förf. en följd af en efter tidigare ulceration uppkommen adstringerande ärrbildning. 4 af fallen opererade under fritt intervall, i 3 af dem funnos mycket utbredda adhe-

renser, och operationen var ganska svår. 2 fall, som opererades under anfallet, afledo; i det ena fanns redan utpräglad sepsis, och detta fall var särskildt anmärkningsvärdt, medan vid sektionen processus vermiformis ej kunde anträffas från abscesshålan utan först efter coecums uttagande och sondering från denna; i det andra fanns en kolossal varhåla, sträckande sig upp under diafragmahalvvet och rundt lefvn.

*Köster.*

A. LINDH: **Appendiciter, opererade under det fria stadiet.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 97.

3 fall. I det första voro under lifvet symptomen mycket svåra och ofta upprepade, medan den exstirperade processen å ytan ej visade några sjukliga förändringar, och i dess slemhinna endast några blödningar funnos, eljes intet. I det andra fallet fanns i processen en suppurativ katarr och strikturbildning. Det tredje förlöpte dödligt. Under lifvet hade svåra ileussymptom uppträdt, sannolikt beroende på en inflexion af colon transversum, som låg fastväxt längs coecum och ileum. Operationen var mycket svår och förhållandena invecklade; i coecum fanns vid sektionen ett hamprörestort hål å dess främre inre sida, i slemhinnan ett ulcus; vid operationen hade serosan ej visat här något anmärkningsvärdt, och förf. antager, att omkr. 2 dagar efter operationen uppträdande stark gasutspänning gifvit anledning till perforationen.

*Köster.*

I. C. HOLST: **Et Tilfælde af appendicitis. Fäkalsten udbragt ved Incision og Dränage.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 971—975.

H. refererer ovennämnte casus icke, fordi han betragter det som noget værdifuldt Indlæg i Striden "om operativ eller medikamentøs Behandling af denne Sygdom", heller ikke, fordi han vil opstille den in casu benyttede Operationsmåde som en, der er at foretrække for Laparotomi under almindelige Forholde, men fordi hans Tilfælde viser, at man også på denne Måde kan få fjærnet en af de værste Kilder til Recidiv, nemlig en Fäkalsten.»

*Halfdan Hopstock.*

O. BLOCH: **Extraabdominal Resektion af hele colon descendens og et Stykke af colon transversum for cancer.** Hosp.-Tidende, R. 4. Bd 2, s. 1053.

I Nord. med. Arkiv 1892 har Forf. angivet sin extraabdominale Exstirpation af Tarmtumores. For at vise, at Metoden også er anvendelig, hvor det drejer sig om større Tarmpartier, anföres följande Sygehistorie: En 24-årig Kvinde havde i nogen Tid haft Smerter i venstre fossa iliaca, hvor der konstateredes en tumor; der optrådte ileusagtige Tilfælde, der dog tabte sig efter store clysmata og ol. ricini. Tilfældene vendte dog atter tilbage, den omtalte tumor henförtes til colon descendens. D.  $\frac{6}{5}$  94 gjordes Laparotomi ved venstre Rand af m. rectus sin., tumor diagnosticerades som en cancer i colon descendens; peritonæum incederes langs Tarmens laterale Rand, hvorved colon let immobiliseres stump; da Kancermassen strakte sig over på colon transv.,

måtte peritonæum gennemskæres langs den mediale Rand af flex. coli sin. Tumormassen med tilgrænsende sunde Tarmpartier kan nu fremlægges udenfor Laparotomisåret, da Tarmen holdes fremme ved 3 Glasstænger, der føres gennem mesocolon; foroven og forneden trækkes Såret sammen. Hun befandt sig temmelig vel efter Operationen; Dagen efter afgik flatus per anum. 6 Dage senere skiftes Forbindingen; lidt fæces flyder ud centralt for det fremlagte Tarmparti, uden dog at nogen Perforationsåbning kan opdages. 15 Dage efter Operationen fjernes uden Narkose Tarmen, i det den gennemklippes foroven og forneden samt løsnes fra sin mesenteriale Tilhæftning; den centrale Åbning fixeres til Hudsåret, den perifere søges lukket, dog forgæves; ligeledes mislykkedes en fornyet Suturering. Hun befandt sig i øvrigt vel og havde god Appetit. Cicatricen mellem de to Tarmlumina havde ved Udskrivningen en Længde af 4 Cm., anus præternaturalis lå lige over Umbilikaltransversalen. — 4 Måneder efter Operationen befandt Patienten sig endnu vel og kunde passe sin Gerning (lettere Husholdning).

Det fjærnedede Tarmparti havde en Længde af 17 Cm., Væggen stærkt fortykket, bestående af flasket Væv, hvis Mikroskopi viste Infiltration af Kancereeller, Tarmens lumen var betydeligt forsnævret. Slimhinden bist og her ulcereret. — Prognosen for Tilfældet er dubia, da der på peritonæum var Småknuder, der måtte lades tilbage.

*Kr. Poulsen.*

KARL SCHILLER: **Fall af nefrektomi + ureterektomi.** Göteborgs läkarsällsk. förhandl. 1894, s. 110.

Operationen utfördes för en tuberkulos i njuren; samtidigt tuberkulos i lungorna och sannolikt i blåsan, vänstra njuren och uteri adnexer. Efter operationen förbättrades pat., som förut var rätt nedsatt, högst betydligt.

*Köster.*

CAMILLUS NYROPs Etablissement: **Instrumentväsen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 1, s. 938.

Afbildninger og Beskrivelser af følgende Instrumenter: 1) En af Tandläge LINDHARDT og Overkirurg O. WANSCHER konstrueret Nysölvske til at hindre Blod under en Käveresektion i at tränge ind i Svälget. Der toges en Model til Skeen ved Hjälp af »Stent's Masse»; selve Apparatet trykkes op mod den hårde og blöde Gane. Pat. opereres siddende på en Stol og narkotiseres ved Åter. Skeen er med Fordel anvendt hos 2 Patienter; men der måtte konstrueres en særlig Ske til hver enkelt.

2) En Bläredilatator, også angiven af Overläge WANSCHER. Apparatet indføres efter forudgående sectio alta i Blären; nogle böjelige Stænger, der ballonformigt omgive den frie Pol af Instrumentet, kunne spiles fra hverandre, hvorved Bläreveggen spändes og göres lettere tilgængelig for Extirpationer af forskellig Art.

*Kr. Poulsen.*

**Psykiatri:** CHR. GEILL: Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger. — FR. LANGE: Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger. — CHR. GEILL: Svar til Hr. Overlæge, Dr. med. LANGE. — FR. LANGE: Afsluttende Svar til Hr. Reservelæge, Dr. med. GEILL. — CHE. GEILL: Afsluttende Svar til Hr. Overlæge, Dr. med. LANGE. — D. E. JACOBSON: Om Slægtskabsforholdet mellem tabes dorsalis og dementia paretica.

CHR. GEILL: **Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger.** Ugeskrift f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 789, 813, 837 og 861.

Forf. søger at hævde en Adskillelse mellem *ægte impulsive* Handlinger, der stå i Modstrid med Individets øvrige Liv og påtvinge sig ham med den absolute Nødvendigheds Magt, og sådanne pludselige, tilsyneladende umotiverede Handlinger, som ikke i *sig selv* ere sygelige. Herunder opføres de *instinktive* Handlinger, som fremgår af Individets Instinkter, Drifter, uden at Viljen kan eller vil hævde deres Fremtræden. De kunne være Udslag af en Afsindighedstilstand, men ytre sig også i mange Tilfælde hos sindssunde under særlige Omstændigheder, som virke slappende på Viljen. Fremdeles *Tvangshandlingerne*, som adskille sig for de ægte impulsive Handlinger derved, at de ere motiverede og ikke forudsætte nogen Tilslørethed af Bevidstheden i Overvejelsens Øjeblik. Det samme gælder om de *affektive* Handlinger.

Kun de ægte impulsive Handlinger, som i Literaturen forekomme meget sjældent, må anses for sygelige i sig selv. De øvrige medføre kun Utilregnelighed, for så vidt der ligger en virkelig Afsindighedstilstand til Grund for dem. Efter Meddelelsen af to Sygehistorier som de eneste Exempler på ægte impulsive Handlinger, Forf. kender fra den hjemlige Literatur, udtaler han, at sådanne Handlinger utvivlsomt må tydes som Udslag af manifest eller larveret Epilepsi, der ofte vækkes ved Alkoholnydelse. En egentlig impulsiv Afsindighed eksisterer ikke.

P. D. Koch.

FR. LANGE: **"Virkelige og tilsyneladende impulsive Handlinger."** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 991.

En skarp Kritik af CHR. GEILLs under samme Titel i Ugeskriftet meddelte, ovenfor refererede Afhandling, hvori Forf. protesterer mod de i denne Afhandling fremsatte Anskuelse i Almindelighed og Bedømmelsen af hans eget Standpunkt i Særdeleshed.

P. D. Koch.

CHR. GEILL: **Svar til Hr. Overlæge, Dr. med. Lange.** S. St., S. 1062.

FR. LANGE: **Afsluttende Svar til Hr. Reservelæge, Dr. med. Geill.** S. St., S. 1094.

Repliker i Spørgsmålet om impulsive Handlingers Stilling, hvori Forf. hævde hver sine Anskuelse.

P. D. Koch.

CHR. GEILL: Afsluttende Svar til Hr. Overlæge, Dr. med. Lange. S. St., S. 1121.

*P. D. Koch.*

D. E. JACOBSON: Om Slægtskabsforholdet mellem tabes dorsalis og dementia paretica. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 961.

Oversigtsartikel. Der er i den nyeste Literatur en Tilbøjelighed til at opfatte de to Sygdomme som Udslag af en og samme Sygdomsproces, kun med forskelligt Billede, fordi det i det ene Tilfælde er Hjernen, i det andet Rygmarven, der fortrinsvis angribes.

*P. D. Koch.*

**Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:** E. EHLERS: Syfilis og dementia paralytica på Island. — FIMNER JONSSON: I Anledning af Dr. EHLERS's Afhandling om syphilis og dementia paralytica. — E. EHLERS: Svar til Dr. F. JONSSON. — SCHIERBECK: Nogle Ord om Spedalskheden på Island. — E. EHLERS: Svar til Landfysikus SCHIERBECK. — F. J.: I Anledning af Dr. EHLERS's Svar. — GIERSING: Om Syfilis i den engelske Hær (1860—1892). — E. EHLERS: Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om Expeditionen til Island for at studere den spedalske Sygdom. — E. EHLERS: Bidrag til Bedømmelsen af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold.

E. EHLERS: Syfilis og dementia paralytica på Island. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 957.

Forf. omtaler korteligt det ved Hirsch videre udbredte Sagn om Islændernes Immunitet mod Syfilis, og udhæver, at Landfysikus på Island, Dr. SCHIERBECK, allerede (1891) har påvist Urigtigheden heraf, ligesom at SCHIERBECK også har refereret et Tilfælde af dementia paralytica. Forf. leverer så yderligere historiske og aktuelle data, som efterviser Forekomsten af Syfilis på Island, hvor denne Lidelse imidlertid på Grund af den sparsomme Befolknings store Spredthed er ret sjælden. Han ved kun at berette om tre, tilmed til Dels usikre Tilfælde af dementia paralytica sammesteds.

*R. Bergh.*

FIMNER JONSSON: I Anledning af Dr. Ehlers's Afhandling om syphilis og dementia paralytica. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1095.

E. EHLERS: Svar til Dr. F. Jonsson. S. St., S. 1117.

SCHIERBECK: Nogle Ord om Spedalskheden på Island. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1120 og 1171.

E. EHLERS: Svar til Landfysikus Schierbeck. S. St., S. 1135 og 1200.

F. J.: I Anledning af Dr. Ehlers's Svar. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1140.

Kritiske, til dels skarpe Bemærkninger af Landfysikus SCHIERBECK på Island og af Dr. ph. F. JONSSON til Dr. EHLERS og Gensvar fra denne.

*R. Bergh.*

GIERSING: **Om Syllis i den engelske Hår (1860—1892).** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 942.

En Abolitionists sædvanlige Art af Redegørelse af Resultaterne af en Statistik. *R. Bergh.*

E. EHLERS: **Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om Expeditionen til Island for at studere den spedalske Sygdom.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 929.

Af Expeditionen bleve i alt 102 spedalske undersøgte, og om 39 andre indhentes detaljerede Oplysninger. Det har således vist sig, at Antallet af spedalske på Island er mindst 3 Gange så stort som antaget. Det syntes at vise sig, at Forholdet mellem de knudede, glatte og blandede Former er omtrent det samme som det i andre Lande iagttagne; men i Præsternes Optællinger ere de glatte Former næsten aldrig medtagne. Medens Sygdommen på Vestlandet er i Aftagende, er den i visse andre Distrikter i stærk Tiltagen, hvilket i større Detalj oplyses. De spedalskes elendige Forhold omtales, deres Anbringelse snart i det ene, snart i det andet usle og svinske Hjem og den Mulighed for Smitte, som derved skabes. Forf. anbefaler Udgivelsen på Island af et populært Skrift, som skulde udhæve Sygdommens Smittefarlighed; fremdeles Nødvendigheden af Forbud mod de spedalske Fattiglemmers Omflytten, endelig Oprettelsen af et Hospital på 70 til 80 Sænge, beregnet på de smittefarligste Individuer.

*R. Bergh.*

E. EHLERS: **Bidrag til Bedømmelsen af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1005, 1029.

Forf. udhæver, at der er visse Distrikter på Island, hvor Spedalskheden er i rask Nedgang og andre, hvor den er i stærk Tiltagen. Til Forklaring heraf giver han en Række Oplysninger om Islændernes hjemlige Forhold og Levemåde, særligt om deres svinske Boliger; fremdeles om deres Ernæring, ved hvilken Tørfisk og gammel oplagt Mælk spille Hovedrollen, medens Brød er en Sjældenhed; det islandske Køkken er næsten blottet for Salt, Kryderier og Grøntsager.

Hovedemnet for Forf. er Sygdommens Smitsomhed, for og mod hvilken han af Literaturen anfører forskellige Tilfælde, også for Islands Vedkommende. De 102 Patienter, som E. har undersøgt, deler han i to Kategorier: de, i hvis Familie der er forekommet Spedalskhed (51 Individuer), og de uden sådant anteedens (51 Indiv.), hvilket så meget lettere har ladet sig gøre, som næsten alle Islændere have deres Stamtavle. I den første Gruppe citerer han 3 Patienter, hvis Fader og Moder vare spedalske, 14, som havde en spedalsk Fader, 4 med spedalsk Moder, og 19, som kun havde spedalske Søsken; endelig 13, som kun havde fjærnere spedalske Slægtninge. I den anden Gruppe har han først 33 Individuer, hos hvilke der med Hensyn til Smitte ikke har kunnet oplyses noget som helst; dernæst 2, hvor Smitten sandsynligvis er påført i Ægteskabet; 14, hos hvilke Smitte dog er sandsynlig.

— Forf. går dernæst over til at undersøge det Spørgsmål, om der på Island findes Sygdomsformer, der tale for Rigtigheden af **LELOIRS** og



ZAMBACOS Teorier. E. har på Island aldrig set noget Tilfælde af Sklerodermi eller Sklerodaktyli eller gangränöse Trofouevrosor, heller ingen egentlig ainhum (men vel to Tilfælde af mutilerende lepra med ainhumoides Furer), derimod måske to Tilfælde af MORVANS Sygdom, som nærmere beskrives; endelig ét, som måske kunde henføres under Syringomyeli.

Forf. resumerer sin Afhandling deri: at avtokton Spedalskhed ikke eksisterer; den spedalske Sygdoms Bestaan i Frankrig så vel som på Island endnu den Dag i Dag skyldes for tidlig Lukning af Leprosierne eller Indførsel af nye Patienter; det er umuligt at forsikre, at et Individ aldrig har været i Berørelse med lepröse; Spedalskheden er en smitsom Sygdom.

R. Bergh.

---

**Obstetrik och gynekologi:** KR. BRANDT: Det ektopiske Svangerskab. — H. VOGT: Spontan Reinversion ved en akut opstået Vrængning af Livmoderen. — ANDERS JOHANSEN: Fremhjælpsing af sidstkommande Hoved med Ansigt fortil. — AAGE E. KLÆR: Om Axetræktånger.

**KR. BRANDT: Det ektopiske Svangerskab.** Norsk Magaz. f. Lægevid., Nr 7. 1893. 150 Sider.

Arbejdet er en Monografi over Spørgsmålet, udarbejdet på Grundlag af 19 Tilfælde, der dels er observeret klinisk, dels blot undersøgt patologisk anatomisk.

I en *Indledning* (7 Sider) omtales Udviklingen af Underlivskirurgien, og vort øgede Kjendskab til Genitalorganernes Anatomi og Fysiologi i normal og patologisk Tilstand, hvilket tilsammen har banet Vejen for Studiet af den moderne Gynäkologis Kjælebarn — det ektopiske Svangerskab.

Uterus betragtes som Befrugtningsstedet; Befrugtning i Tuberne anses for patologisk.

Under *patologisk Anatomi og Patogenese* (30 Sider) gennemgås de forskellige Former af det ektopiske Svangerskab, hvoraf Tubar-svangerskabet (og Tubeaborten) er den overvejende hyppigste. Ovarial-svangerskab forekommer, derimod er det abdominelles Existence til dato ikke bevist; de beskrevne Tilfælde er opstået ved Bristning af Tuben, hvorved Fosteret med eller uden Hinder, med eller uden ligamentum latum som Mellemstadium, er kommen ind i Bughulen. Svangerskab i rudimentære Uterinhorn er sjeldne. Placentas, Fostersækkens, Deciduas Dannelse og Forhold under det videre Forløb af Svangerskabet omtales, ligesom den moderlige Organismes øvrige konkmitterende Forandringer.

Under *Forekomst og Hyppighed* (4 Sider) fremholdes, at denne Sygdom så langt fra er meget sjelden, således som man for nogle få År siden troede, tværtom hyppig forekommende. Det kan gentage sig hos en og samme Person flere Gange, endog i en og samme Tube,



optråde som ektopisk Tvillingsvangerskab, som samtidigt extra- og intrauterint o. s. v.

Under *Aetiologien* (7 Sider) omtales de patol. anatomiske Fund, man gör ved denne Sygdom, og som på Grund af sin Konstans må antages at spille en Årsagsrolle. Således Pelveoperitonit, Salpingit (Gonorrhé, Endometrit ofte i Forbindelse med større Emmetske Rupturer), Misdannelser af Tuberne, Svluster i eller udenfor Tuberne, hvorved de disloceres, uterine Svluster og Lejeforandringer o. s. v.

I Afsnittet *Symptomatologi og Diagnose* (18 Sider) hævdes i Mod-sætning til den tidligere Opfatning, at der som Regel vil kunne stilles en tålelig sikker Sandsynlighedsdiagnose, når der tages Hensyn til Anamnese, de subjektive og de objektive Symptomer. Ligeledes hævdes at det er den geuerelt praktiserende Læge — altså ikke mindst Hus-lægen og Sygekasselægen — som må være opmærksom på denne Syg-dom, der som den sidste Tids Erfaring også viser, med Lethed diagnosti-seres af dem. Diagnosen kan ikke stilles af et enkelt Symptom, men af flere tilsammentagne. Der er som Regel kortere eller længere Tids Amenorrhé; Patienterne tror sig ofte svangre, da de subjektive Svanger-skabstegn og Mammategnene kan være tilstede som ved et normalt Svangerskab. Uterinblødninger optræder ofte i Forbindelse med Foster-säckens Ruptur, men kan også uden sådan vedvare hele Svangerskabet ud. En decidua uden villi chorii kan udstødes, men også senere ny-dannes. Uterus er oplødt, forstørret, forlænget, flad, ikke så stærkt anteflekteret som en normalt svanger uterus; orif. ext. optager Finger-toppen. Pulserende Kar føles i Skedehvælvingen og nreteres er hyper-troferede. Sonde må ikke benyttes ved Undersøgelse af uterus, da Fostersækken reagerer derpå ved Kontraktioner, som kan bevirke Rup-turer. Ved Siden af uterus findes en ikke spændt, men dejagtig, tryk-ømfindtlig Tumor; er den hård og spændt, tyder det på Blødning ind i Fostersækken. Undertiden lider Patienten af Underlivssmerter, der kan lede til Undersøgelse og Diagnose af Lidelsen. Anamnestisk er det af Betydning, at ektopiske Svangerskaber især findes i sterile Ægte-skaber, eller hos flerfødende, hvor sidste Barselsæng ligger langt tilbage i Tiden (relativ Sterilitet). — Over enhver Kvinde, som går med et ektopisk Svangerskab, hænger et Damoklessværd i Form af Fostersäk-kens Ruptur, der i de allerfleste Tilfælde indtræffer mellem den 8de og 12te Uge. Diagnosen göres af den akute Anæmis Symptomer, den abdominale Kollaps og de tidligere omtalte Tegn. Blødningen kan foregå inde mellem lig. latums Blade — extraperitonealt Hæmatocele —, hvoraf der senere ved en fortsat eller fornyet Blødning kan dannes en intraperitoneal Blødning, som opstår strax, om Rupturen oprindelig er skeet indad mod Peritonealhulen. Findes peritoneale Adhærentser, kan disse begrænse Blødningen, og vi har et intraperitonealt Hæmatocele, men dettes Vægge kan også briste under det senere Forløb. — I Svan-gerskabets 2den Halvdel er det Spørgsmålet intra- eller extrauterint Svangerskab, som det gælder. Føles de Hickske uterine Svangerskabs-kontraktioner, er man sikker på, at det er uterint. Tyndvæggede svangre uteri kan let tages for en ektopisk Fostersæk. Gentagne Undersøgelser — uden Anvendelse af Sonde — vil føre til den rigtige Diagnose.

— Er det ektopiske Svangerskab fuldgået, indtræder »falsk Fødsel» med kontinuerlige Veer uden Fremgang; de ophører, Fosteret dør, Fosteret resorberes og Underlivet aftager i Omfang. Fosteret kan mummificeres, omdannes til adipocire, lithopædion eller der kan optræde Suppuration med Perforation til forskellige Organer, endende med en Naturhelbredelse eller som Regel med Døden på Grund af Hektik.

Under *Prognose og Behandling* (32 Sider) fremholdes, at Prognosen er slet, om Sygdommen overlades til sig selv, god, hvis en riktig Behandling indledes. Grundprincippet for Behandlingen er, at et ektopisk Svangerskab er en livsfarlig Proces, ligegyldigt på hvilket Stadium af dets Udvikling, Patienten befinder sig. Diagnosticeres Lidelsen, før Rupturen er indtrådt, er øjeblikkelig Laparotomi og Fjernelse af Fostersækken indiceret, hvad enten Svangerskabet befinder sig i 1ste eller 2den Halvdel af Svangerskabet. Er der indtrådt Ruptur, er snarest mulig Laparotomi indikeret, om Blødningen er intraperitoneal; er den derimod extraperitoneal forordnes roligt, Sængeleje, Opium og Ispose; dog, må Patienten nøjes overvåges, da der Måneder efter den første Ruptur kan komme en sekundær, intraperitoneal fötal Blødning; endvidere bør erindres, at Hæmatocelernes Mortalitet er fra 18 til 25 %. Abscederer Hæmatocellet, behandles det som en anden Bækkenabsces. Ved Operationer i Svangerskabets 2den Halvdel er det ønskeligt at fjerne Fostersækken efter foregående Underbinding af lig. infundibulopelvicum og lig. latum inde ved Uterinkanten for at formindske Faren ved Blødning fra placenta under eller efter Operationen; hvis det er ngørligt, syes Fostersækken fast i Bugsåret og tamponeres ud. Elytrotomi, Morfininjektioner i Fostersækken, Elektricitet o. fl. a. Metoder frarådes, da de er upålideligere og farligere end Laparotomien. Operationsteknik og de nærmere Indikationer for Valg af Operationsmetoder må læses i Originalen.

I et 2det Afsnit (32 Sider petit) meddeles Sygehistorierne, hvorpå Fremstillingen er bygget, med Epikriser.

Endelig kommer en Oversigt over den væsentligst benyttede Literatur (8 Sider) og et kort fransk Résumé (6 Sider).

Kr. Brandt.

H. VOGT: **Spontan Reinversion ved en akut opstået Vrængning af Livmoderen.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 647—648.

Hos en 42 År gammel 1-para, hvor der var gjort Tangforløsning, og på Grund af Blødning Expression af placenta samt senere bimanuel Kompression, föltes herunder et fast, nedadvälvet Legeme mod Moderhalsen, medens Overjordemoderen samtidig intet kunde föle udvendig til uterus. Efter en hed Vaginalindsprøjtning reinverteredes Livmoderen fuldstændig og holdt sig senere i korrekt Stilling.

N. A. Quisling.

ANDERS JOHANSEN: **Fremhjælpling af sidstkommende Hoved med Ansigt fortil.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1041.

Ansigtet vendte fortil og lidt til *venstre*. Efter flere forgæves Forsøg på at få Hagen ned i Bækkenhulheden, förte Forf. *venstre* Hånd

ind til højre for og bagved Fosterets Hals. Medens Tommelfingeren blev liggende på højre Side af Halsen, lod han Fingrene glide bag om Fosterets Nakke hen under dets venstre Öre og fandt således let og naturligt Vej op til venstre Mundvig; med Langfingeren ind i Munden lykkedes det let at dreje Ansigtet helt til venstre og at få Hagen ned i Bækkenhulheden. — Forf. har senere 3 Gange benyttet denne Frengangsmåde, og den har hver Gang let og naturligt ført til Målet; i alle 4 Tilfælde kom Barnet levende til Verden.

*F. Nyrop.*

AAGE E. KLÆR: **Om Axetråktänger.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 5, S. 481.

Ved Anvendelsen af høj Tang ved et i øverste Åbning forsnævret Bækken fremhæver Forf., hvor forsigtig man må være med ikke at anvende altfor megen Kraft på Trækket, i det nyere Undersøgelser (FARA-BEUF) have vist, at Tangen kan virke på Bækkenet som en sprængende Kile og på Fosterhovedet som en dårlig Kefalotribe. Trækkes der således med en Kraft på 30 Kgm, vil den komprimerende og dilaterende Kraft blive 300 Kgm. I Almindelighed går det ved disse Forløsninger stærkt ud over Barnet; Resultatet er dog ikke alene afhængigt af det mekaniske Misforhold, men også af Hovedets Stilling i Operationsøjeblikket. Forf. viser, hvorledes vor almindelige Hovedregel for Tangens Anlæggelse, der skriver sig fra SAXTORPH, at den skal anlægges i Siderne af Bækkenet, ligefrem involverer Muligheden af et dårligt Hold på Hovedet og Fare for dette. I Frankrig anlægges Tangen (den Tarnierske) efter Hovedet, på Siderne af dette (prise régulière), hvilken så end Hovedets Stilling i Bækkenet er, altså f. Ex. ved tværstillet Hoved i øverste Åbning forfra og bagtil, den ene ske bag Symfysen, den anden foran promontorium. Forf. viser, hvor særdeles vanskelig og besværlig Tanganlæggelsen i et sådant Tilfælde vil være, især da det bliver Anlæggelse på et bevægeligt Hoved, i det den indførte ledende Hånd vil gøre Hovedet mobilt, og dernæst at denne Anlæggelse ikke blot synes, men også er irrational. Forf. mener ikke, at der er nogen Grund til at afvige fra vor almindelige Anlæggelsesmetode. Derimod kan det, når Hovedet står højt i Hulheden med snt. sagittalis i en Skrådiameter, være rationelt at anlægge Tangen på Siderne af Hovedet i en Skrådiameter, og Udførelsen er ikke vanskelig. Hovedet fattes da i den mindst farlige Diameter, og der syndes ikke mod vor Regel, at Hovedet skal stå fast.

*F. Nyrop.*

**Pædiatrik:** HIRSCHSPRUNG: Den Möllerske Sygdom. (Synonymer: Akut Rakitis; så kaldt akut Rakitis; Skörbug hos Börn; den Barlowske Sygdom; den Sheadle-Barlowske Sygdom p. p.)

**HIRSCHSPRUNG: Den Möllerske Sygdom. (Synonymer: Akut Rakitis; så kaldt akut Rakitis; Skörbug hos Börn; den Barlowske Sygdom; den Cheadle-Barlowske Sygdom p. p.)** Hospitals-Tidende, K. 4, Bd 2, S. 869, 893, 929.

Forf. giver først en længere historisk Oversigt over denne Sygdoms Fremkomst i Literaturen, hvorledes den først beskrevs af MÖLLER og andre tyske Forfattere, nærmest som en særlig Form af Rakitis, senere af BARLOW, der bestrider Afhængighedsforholdet til Rakitis og antager den for en skorbutisk Proccs. Til ham slutte sig så andre, medens her hjemme ADSESEN i sin Disputats bestrider Sygdomsbilledets Enhed.

»Af alle de beskrevne Tilfælde kan der, skriver Forf., udsondres forskellige Former af Sygdommen; men fælles for alle Tilfælde må anføres Sygdommens vistnok udelukkende Forekomst på et bestemt Tidspunkt af Barnets Liv, nemlig mellem 6 Måneder og Slutningen af 2det År, og dernæst først og fremmest den ganske ejendommelige, dybe, ømme, faste Svulst, solitär eller multipel, i tractus af alle de lange Rörknogler. Det er denne Lidelse, der i udtalte Tilfælde må betragtes som patognomonisk, den knytter alle Tilfælde sammen til en Familie. Alt andet kan mangle: i sjældne Tilfælde måske ethvert klinisk Tegn på Rakitis; Tandkødaffektionen, og den mangler ikke ganske sjældent, selv hvor dens Forudsætning, frembrudte Tænder, er tilstede; Blodudtrædningen i og under Huden leder man ofte forgæves efter; men inden den dybe subperiostale eller subperikondrale Svulst kan der ikke være Tale om at diagnosticere den Möllerske Sygdom. Som i høj Grad karakteristisk må fremhæves et Par Forhold, skönt de gå i negativ Retning. I intet Tilfælde af Sygdommen er der klinisk ved Punktur eller Incision eller efter Døden påvist pus under Benhinden, altid rent Blod, og der kendes intet Exempel på, at en Ledkapsel, trods den nærliggende, dybe Lidelse, har været dragen med ind i Processen.»

Forf. meddeler derefter Sygehistorierne af 10 af ham selv iagttagne Tilfælde, 6 Dreng og 4 Piger. Alle liden Undtagelse ved første Undersøgelse af Rakitis. Styrken af de rakitiske Symptomer stod ikke i afgjort Forhold til den efterfølgende Sygdoms Alvor. Sveden dannede et stærkt fremtrædende Symptom; der var konstant Forhøjelse af Temperaturen; næsten altid Symptomer fra Tarmkanalens Side; i de fleste Tilfælde var Benlidelsen multipel. i 3 Tilfælde opstod Epifyseløsning; kun i 1 Tilfælde fandtes let Albuminuri. Helbredelse indtrådte i de 9 Tilfælde; Sygdommens Varighed var 2 til 4 Måneder. Behandlingen var hygiejnisk-diätetisk-symptomatisk.

Som Resultat utdalar Forf. som sin Overbevisning: Den Sygdom. den konstitutionelle Lidelse, der skjuler sig bag den Möllerske Sygdom, er Rakitis — — —. Jeg anser Rakitis for en aldeles nødvendig Forudsætning, udenfor hvilken Sygdommen ikke kan opstå, dens Livsbetingelse. Måske vilde det kunne forsvares at benævne Sygdommen rachitis acuta in chronica — — —.

Til Slutning omtaler Forf. endnu den rakitiske Liden af Kæverne.

*G. G. Stage.*

**Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:** CARL TH. MÖRNER: KÖNIG och HARTZ's analysmetod tillämpad å svenskt smör. — TORSTEN THUNBERG: Jämförelse mellan några i handeln tillgängliga pepsinpreparat.

CARL TH. MÖRNER: **König och Hartz's analysmetod tillämpad å svenskt smör.** Upsala läkareför. förhandl., bd 29, s. 468.

Genom att medels K. och H:s metod undersöka 20 olika, från skilda trakter af landet erhållna smörprof, har förf. sökt uppställa ett för svenska förhållanden tillämpligt normalvärde för att sålunda möjliggöra denna i vissa hänseenden förtjänstfulla methods användning vid bedömandet af äfven *svenskt* smör med afseende inblandning af främmande fett. »Baryttalet befans i genomsnitt utgöra 200, under det att det af K. och H. för tyskt smör först angifna genomsnittsvärdet uppgick till 221.

*Carl Th. Mörner.*

TORSTEN THUNBERG: **Jämförelse mellan några i handeln tillgängliga pepsinpreparat.** Upsala läkareför. förhandl., bd 29, s. 228.

Genom digestionsförsök (med koagulerad hönsägghvita, 0,25 % saltsyrehalt, 6 timmar vid 40° C., vagning af upplöst ägghvita) utröntes, att det från apoteket Hvita Björn i Stockholm nyligen utsända pepsinpreparatet verkar vida kraftigare än det sedan flera år allmänt använda danska preparatet »pepsinum conc. Langebeck» samt det i Tyskland officinela »pepsinum germanicum». Relationen mellan digestionsförmågan hos nämnda 3 pepsinsorter visade sig vara 8 : 2 : 1, under det att priset för närvarande utgör resp. 25, 20 och 6 öre pr gram, hvaraf framgår, att samma ägghvitelösande verkan, som vid användande af Hvita Björns preparat erhålles för 25 öre, vid användande af pepsin. conc. Langebeck kostar omkr. 80. af pepsin. german. omkr. 50 öre.

*Carl Th. Mörner.*

**Rättsmedicin, undervisningsfrågor, historik, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:** Den Schimmelmannske Sag. — W. DREYER: Död eller levende? — G. RASCH: Lägevidenskaben i Alexandrinertiden. — O. MALM: Om Veterinärmedicinens og Menneskemedicinens indbyrdes Forhold. — Fjärde Beretning fra Forening for Ligbrænding. — I. CHRISTMAS: Om Desinfektion af Fækalier med elektrolyseret Saltvand (System Hermite). — J. CARLSEN: Den asiatiske Kolera. — NILS ENGLUND: Om sjuksköterskors anställande på landsbygden. — P. SÖDERBAUM: Om det svenska lasarettsväsendets sista skede. — L. C. BLOMGREN: Köttkontrollen i Göteborg 1893. — GUST. KJERRULF: Fördyras köttet genom slakthus och köttbesiktningstvång? samt kunna offentliga slakthus bära sig? — Kommunalaämndernas uppgifter till provinsial- eller distriktsläkarna. — Kongl. maj:ts nåd. skrivelse till dess och rikets kommerskollegium, angående tillämpningen af § 1 i nåd. kungörelsen d. 18 nov. 1892 angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket, af d. 13 maj 1893. — Kongl. maj:ts nåd. skrivelse till dess medicinalstyrelse, angående inrättande inom styrelsen af en särskild afdelning för ärenden rörande kolerafarsoten, af d. 9 juni 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående vissa åtgärder till förekommande af kolerans utbredning bland rikets invånare; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 2 sept. 1893. — Kongl. maj:ts nådiga kungörelse, angående införsel af varor, som kunna misstänkas medföra kolerasmitta; gifven Stockholms slott d. 15 sept. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893. — Kgl. medicinalstyrelsens kungörelse med föreskrifter för efterbesiktning å resande, som öfver icke kolerasmittad hamn ankomma till Sverige; gifven i Stockholm d. 27 sept. 1893. — Taxa å arvode för undersökning af passagerare enligt kgl. kungörelsen d. 22 sept. 1893, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; af kongl. medicinalstyrelsen faststald d. 21 sept. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående frihet från lösen för vissa bevis; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893. — Kongl. maj:ts och rikets kommerskollegii kungörelse angående de städer i riket, uti hvilka finnas inrättade, vederbörligen godkända anstalter för desinfektion af begagnade säng- och gångkläder, som till riket införas; gifven i Stockholm d. 9 okt. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående förändrad föreskrift rörande områdes förklarande fritt från kolera; gifven Stockholms slott d. 16 nov. 1893. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående upphäfvande af nåd. kungörelsen d. 2 sept. 1893 angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 8 dec. 1893.

**Den Schimmelmannske Sag.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1072 og 1098.

Red:s Bemärkninger til en Række Angreb, som Dagspressen i Anledning af et Tilfælde af formentlig uberettiget Tvangsindlæggelse har rettet mod vore Sindssygeanstalter og Sindssygelæger, særlig Overlægen ved Kommunehospitalets 6te Afd.

E. M. Hoff.

W. DREYER: **Död eller levende?** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1017.

Forf. refererer et Tilfælde af tilsyneladende Död hos et 14 Dage gammelt Barn (Trilling), som frembød sædvanlige Dödsteget: Kulde, partiel Dödsstivhed, misfarvet Underliv, Ligpletter, manglende Puls og uhørligt Hjärteslag og intens kadaverös Lugt, men hos hvilket der dog endnu i noget over tredive Timer lod sig påvise overfladisk Respiration med  $\frac{1}{2}$  til  $1\frac{1}{2}$  Minut mellem hver Inspiration.

*E. M. Hoff.*

G. RASCH: **Lägevidenskaben i Alexandrinertiden.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1894, S. 689 & 1135.

I denne meget udførlige Afhandling har Forf., — som hörer til de få Läger i det skandinaviske Norden, der indgående beskæftiger sig med »Medicinens Historie», — givet et nyt Bevis på sin utrættelige Flid og sine omfattende Kundskaber på dette Område. Så meget mere er denne Forfatterens Virksomhed at beundre, som den falder midt under en travl, daglig Lägegjerning og under Forhold — i en mindre Stad, — som ikke netop begunstiger dette Slags Studier.

I Afhandlingen gives først en klar og livfuld Oversigt over de almindelige, kulturelle og videnskabelige Forhold i Alexandrien, denne raskt opblomstrende Stad, der efterhånden i så mange Henseender havde afløst Athen som den græske Kultur og Videnskabeligheds Midtpunkt.

Derefter omhandles de to store alexandrinske Anatomer og Läger HEROPHILIUS (omtr. 300 f. Kr.) og dennes samtidige, ERASISTRATUS's Liv og Lære, ligesom de af dem stiftede medicinske Skoler og deres vigtigste Efterfølgere gennemgås.

Både HEROPHILIUS og ERASISTRATUS udvidede Tidens anatomiske Kundskab i høj Grad ved sine mange Sektioner af Menneskelig. Selv den patologiske Anatomi var E. ej fremmed for. Han taler om »stenhård Lever» (jecur saxum) hos vattersotige. Ved »leversyge» — jecorosi — synes han endog at have åbnet Bughulen for at anbringe Medikamenter umiddelbart på det syge Organ.

Derefter gives en Udsigt over den tredje »medicinske Sekt», der udgik fra Alexandrien, nemlig den såkaldte *empiriske*, iblandt hvis fornemste Talsmænd nævnes: en PHILINUS (3dje Årh.) efter Galenskolens Stifter, — en SERAPION, — en SLANKIAS, som angivelig kaldte Iagttagelse, Overlevering og Analogi for »Empiriens Trefod», — en HERAKLEIDES o. m. a.

Der nævnes ligeledes en Del andre græske Läger, »der ej lade sig henføre til nogen bestemt Skole», deriblandt den anseede Kirurg og Öjenläge NILEUS (måske i 2det Årh. f. Kr.). Han opfandt bl. a. en Maskine, — phithium kaldet, — til Anvendelse ved Lårluxationer og et berømt Öjevand (Crocus indic., Opium o. a.).

Til Slutning gives en Udsigt over den Retning inden den græske Medicin, som GALEN kalder den *dogmatiske*, og som omfatter Tidsrummet imellem HIPPOKRATES's Död (omtr. 377 f. Kr.) og Alexandrinerkolens Opblomstring omkring År 300. Denne Tid danner af-



gjort en Tilbagegangens Periode, i Medicinen, om den end kan opvise flere dygtige Læger. Til disse »Dogmatikere» hørte således: den bekendte DIOKLES, der levede kort efter HIPPOKRAT, og hvem PLINIUS kalder »secundus ætate famaque», — PRAXAGORAS, HEROPHILUS's Lærer, — CHRYSIPPUS på ARISTOTELES's Tid, der — ligesom ERASISTRATUS senere — forkastede Åreladning, og vilde erstatte denne med Ombinding af Lemmerne. Dette anvendte han også ved Blødninger, hvor han tillige gav Saltopløsning indvendig. Vattersot vilde han helbrede ved Ophold i »Svedekasser», o. a.

Med Hensyn til Afhandlingens nærmere Indhold kan forøvrig kun henvises til selve Arbejdet, som man trygt tør forsikre, ingen vil gennemlæse uden stor Interesse og meget Udbytte.

L. Faye.

O. MALM: **Om Veterinærmedicinens og Menneskemedicinens indbyrdes Forhold.** Prøveforelæsning for den medicinske Doktorgrad over selvvalgt Æmne, afholdt d. 26 Oktober 1894. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 1105—1134.

Forf. omtaler først Oprindelsen af Ordet »Veterinær». Etymologien er ukendt. Romeren FLACCUS omtaler »bestia veterina» = alle Dyr, der går i Spand, og afleder Ordet af *Veho* = trækker. OPILIUS mener, at Ordet egentlig burde hede *venterina* af *venter* = Bug, fordi Påspandet var bundet til Bugen.

Han gennemgår derpå Menneskemedicinens og Veterinærmedicinens gensidige Forhold og Indflydelse på hinanden fra de ældste Tider af.

Af hans Forelæsning fremgår, at der i Oldtiden indtil det 4de Årh. f. Kr. neppe har været nogen gensidig Indvirkning. Fra det 4de Årh. og til det byzantinske Kejserdømmes Fald var Veterinærvidenskaben meget blomstrende; Menneskemedicinen stod stille. I det 12te til 15de Årh. lå freudeles Menneskemedicinen overmåde nede, medens der i denne Tid udkom veterinære Værker af høj Rang. Fra det 16de til 18de Årh. bliver Forholdet omvendt; da skyder Menneskemedicinen en rask Fart; Veterinærmedicinen går bagover. I det 18de Årh. bemægtiger Menneskelægerne sig Dyremedicinen; for Menneskemedicinen var denne Erobring betydningsløs, da Lægerne savnede virkelig Kendskab til Dyrenes Sygdomme, medens Dyrlægekunsten hævedes fra Håndværk til Videnskab. Forf. siger tilslut: »såsom imidlertid alt her på Jorden har til Endemål at forbedre de menneskelige Vilkår og gøre Menneskelivet rigere og lettere, så vil VEGETIUS altid få ret, når han — selv på en Tid, da Veterinærvidenskaben stod højere end Menneskemedicinen, — bestemt siger: *sicuti animalia post hominem, ita veterinaria post medicinam secunda est.*»

Halfdan Hopstock.

**Fjärde Beretning fra Forening for Ligbränding.** Köbenhavn 1894. 28 Sider.

Beretningen indeholder Särtryk af to tidligere omtalte Artikler i Ugeskrift for Læger: »Ligbrändingen og Kirkegårdene» af Redaktionen, og »Ligbrändingens Historie i Danmark» af Dr. med. F. LEVISON, en



lille Opsats om »Ligbrändingens hygiejniske Betydning», desuden Aftryk af Lov af 1 April 1892 om Ligbränding, af Regulativ af 4 Oktober 1892 for Udførelse af Ligbränding samt af Bekendtgørelse af 5 Febr. 1894 om Tilladelse for Præster i Folkekirken til at medvirke ved ligbrændte Personers Ligfærd.

I 1893 foretoges i Foreningens Krematorium Ligbränding af fire Personer, i 1894 indtil 30 April af syv Personer.

*E. M. Hoff.*

I. CHRISTMAS: **Om Desinfektion af Fækalier med elektrolyseret Saltvand (System Hermite).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 981.

Forf. giver en kort Beskrivelse af dette nye System til Desinfektion af Fækalier, ledsaget af en Redegørelse for de bakteriologiske Undersøgelser, der ere anstillede i England og Frankrig over Systemets Virkning. Selv har Forf. haft Lejlighed til personlig at overtøye sig om Metodens Brugbarhed ved bakteriologiske Kontrolundersøgelser under Installationen af Systemet i Bladet »Figaros» Lokaler i Paris.

Resultatet af Forf:s som af tidligere Undersøgelser, er dette, at det elektrolyserede Saltvand er et kraftigt desinficerende Middel, til Dels kraftigere end Sublimat, og at det er i Stand til at bevirke en fuldstændig Sterilisation af Fækalmasserne inden disses Udløb i Kloakerne. Den elektrolyserede Opløsning har desuden, efter Forf:s Mening, kun en svag klorret, ikke ubehagelig Lugt, der er ganske forskellig fra Lugten af fri Klor. Forf. anbefaler derfor Systemet i al Almindelighed og under Forudsætning af, at det ikke oekonomisk og teknisk set volder for store Vanskeligheder at indføre. Ganske særlig henviser Forf. til Københavns gunstige Beliggenhed for Systemets Indførelse ved den forestående Omordning af vore Renovationsforhold.

*N. P. Schierbeck.*

J. CARLSEN: **Den asiatiske Kolera.** København 1894.

Populær Fremstilling af Kolerans og Koleræpidemiernes Historie og af de i Danmark truffne Foranstaltninger til Bekæmpelse af Sygdommen.

*F. Levison.*

NILS ENGLUND: **Om sjuksköterskors anställande på landsbygden.** Hernösand 1894. 30 sid. och 3 tab., 8v.

Förf. talar varmt och kraftigt för anställande af sjuksköterskor i våra landsförsamlingar. Han önskar, att landstingen skola taga saken om hand och betala åtminstone någon del af kostnaderna för sådana personers anställande. Förslag till instruktion för dem meddelas.

*E. Almqvist.*

P. SÖDERBAUM: **Om det svenska lasarettsväsendets sista skede.** Upsala läkareför. förhandl., bd 30, s. 36. 4 sid.

Belyser några förhållanden med lasarettet och sjukstugor.

*E. Almqvist.*

L. C. BLOMGREN: **Köttkontrollen i Göteborg 1893.** Tidskr. f. veterinärmedicin 1894, s. 236. 5 sid.

*E. Almqvist.*

GUST. KJERRULF: **Fördyras köttet genom slakthus och köttbesiktningstvång? samt kunna offentliga slakthus bära sig?** Stockholm 1894. 83 sid. 8 v.

För att få ett slutligt svar på frågan, om köttet fördyras, sedan slakthus och slakttvång kommit till stånd i en stad, har förf. utsänt ett frågeformulär till de flesta städer i Tyskland och erhållit påtagliga bevis ur en rik erfarenhet, att så ej är förhållandet. Detta har väl ej håller förut den sakkunnige betviflat. Vidare upplyses med erfarenhet från samma land, att slagthusinrättningarna bära sig och göra köttets beskaffenhet bättre. Vidare förordas freibanksystemet såsom »den enda, rätta lösningen på spörsmålet om beredandet af tillgång för de mindre bemedlade på en billig, men på samma gång sund köttföda.» Till sist göras några ganska viktiga anmärkningar med ändringsförslag mot kgl. medicinalstyrelsens förslag till slakthuslag.

*E. Almqvist.*

**Kommunalnämndernas uppgifter till provinsial- eller distriktsläkarne.** Eira 1893, s. 159.

Hvartill tjänar den »uppgift», som kommunalnämnd skall i januari hvarje år aflemna till vederbörande provinsial- eller distriktsläkare, frågar förf. och underkastar därefter dessa uppgifter en skarp kritik. Han visar hur ofullständiga och i många fall felaktiga dessa uppgifter äro och beklagar, att en del af Sverges medicinska statistik skall grundas på uppgifter, som lemnas af därtill i regeln aldeles inkompetenta personer.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nådiga skrifvelse till dess och rikets kommerskollegium, angående tillämpningen af § 1 af nåd. kungörelsen d. 18 nov. 1892 angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket, af d. 13 maj 1893.** Svensk författningssaml. 1893, nr 31.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nådiga skrifvelse till dess medicinalstyrelse, angående inrättande inom styrelsen af en särskild afdelning för ärenden rörande kolerafarsoten, af d. 9 juni 1893.** Bihang till Sv. författningssaml. 1893, nr 47.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående förändrade föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893.** Svensk författningssaml. 1893, nr 60.

Öfverensstämmet i hufvudsak med kgl. kungörelsen af d. 5 aug. 1892. Afviker från denna däri, att plats ej skall förklaras smittad af kolera, då endast enstaka fall där inträffat, samt däri, att område, som förklarats smittadt af kolera, ej må förklaras från kolera fritt, förr än

minst 10 dagar förflutit, sedan dödsfall eller nytt sjukdomsfall af kolera där inträffat.

Befrielse från den föreskrifna 48-timmars observationen kan lemnas åt fartyg, som för längre tid tillbaka än 10 dagar afgått från kolerasmittad ort, samt åt fartyg, som ha af medicinalstyrelsen förordnad skeppsläkare ombord, dock i sist nämnda fall ej förr än 48 timmar förflutit, sedan fartyget haft beröring med kolerasmittadt område eller fartyg.

Hvarje passagerare skall vara underkastad efterbesiktning under 3 dagar närmast efter det han lemnat fartyget. Fartygbesättning under 5 dagar.

Karantänstiden bestämmes till 5 dagar.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående vissa åtgärder till förekommande af kolerans utbredning bland rikets invånare; gifven Stockholms slott d. 14 juli 1893.** Svensk författningssaml. 1893, n:r 61.

Innehåller bestämmelser angående läkarebesiktningen.

I hvarje kommun skall på kommunens bekostnad anställas en eller flera besiktningsmän, hvilka om möjligt böra vara läkare.

I stad, där flere besiktningsmän anställas, skall särskild anmälningsbyrå inrättas.

Passagerare å vid observations- eller i vissa fall karantänsplats intaget fartyg skall till läkaren å platsen lemna uppgift å den ort, där han ämnar lemna fartyget, hvarefter det åligger läkaren att hos besiktningsman eller anmälningsbyrå härom göra skriftlig anmälan.

Till hvarje resande skall vederbörande läkare å observations- eller karantänsplats meddela intyg, utvisande, att han erhållit tillstånd att ha beröring med land samt innehållande underrättelse om, hvad den resande i och för efterbesiktning har att iakttaga.

Undersökning af den resande skall af besiktningsman verkställas minst en gång dagligen och anteckning härom göras å det af observations- resp. karantänsläkaren utfärdade intyget.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms slott d. 2 sept. 1893.** Svensk författningssaml. 1893, n:r 68.

Påbjuder 5 dagars observation på sådana fartyg, som ankomma från Petersburg eller från rysk östersjöhamn, belägen söder om Finska viken, och som ha ombord utvandrare från Ryssland.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående införsel af varor, som kunna misstänkas medföra kolerasmitta; gifven Stockholms slott d. 15 sept. 1893.** Svensk författningssaml. 1893, n:r 72.

Föreskrifver, att desinfektion af såväl begagnade säng- och gångkläder som af lump och shoddy skall försiggå innan varorna få till egaren utlemnas.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893.** Svensk författningssaml. 1893, n:r 73.

Innehåller, att passagerare, som kommer från Finland under den tid S:t Petersburg eller annan rysk östersjöhamn och från Danmark under den tid då Hamburg eller annan nedanför Hamburg belägen ort vid Elbe, Lübeck eller ort i Schleswig-Holstein eller Mecklenburg-Schwerin är förklarad smittad af kolera, skall innan landstigningen af besiktningsman till sitt hälsotillstånd undersökas. För att omedelbart få landstiga skall han förete intyg om, att han minst 48 timmar närmast före fartygets afgang uppehållit sig inom område, som icke är förklaradt kolerasmittadt. — Efter landstigningen skall han dessutom vara underkastad efterbesiktning under 3 dagar.

*C. O. Olin.*

**Kongl. medicinalstyrelsens kungörelse med föreskrifter för efterbesiktning å resande, som öfver icke kolerasmittad hamn ankomma till Sverige; gifven i Stockholm d. 27 sept. 1893.** Bihang till Sv. författningssaml. 1893, n:r 72.

*C. O. Olin.*

**Taxa å arfvode för undersökning af passagerare enligt kgl. kungörelsen d. 22 sept. 1893, angående vissa föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket öfver hamn, som icke är kolerasmittad; af kongl. medicinalstyrelsen fastställd d. 21 sept. 1893.** Bihang till Sv. författningssaml. 1893, n:r 73.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående frihet från lösen för vissa bevis; gifven Stockholms slott d. 22 sept. 1893.** Svensk författningssaml. 1893, n:r 74.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts och rikets kommerskollegii kungörelse, angående de städer i riket, uti hvilka finnas inrättade, vederbörligen godkända anstalter för desinfektion af begagnade säng- och gångkläder, som till riket införas; gifven i Stockholm d. 9 okt. 1893.** Bihang till Sv. förf.-saml. 1893, n:r 79.

*C. O. Olin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående förändrad föreskrift rörande områdes förklarande fritt från kolera; gifven Stockholms slott d. 16 nov. 1893.** Svensk författningssaml. 1893, n:r 86.

Innehåller, att kommerskollegium må ega att efter samråd med medicinalstyrelsen förklara kolerasmittadt område fritt från kolera äfven om icke 10 dagar förflutit sedan dödsfall eller nytt sjukdomsfall af kolera där inträffat.

*C. O. Olin.*

Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående upphäfvande af nåd. kungörelsen d. 2 sept. 1893 angående föreskrifter till förekommande af kolernus införande i riket genom utvandrare från Ryssland; gifven Stockholms stött d. 8 dec. 1893. Svensk författningssaml. 1893. nr 95.

C. O. Ölin.

**Berättelser från sjukvårdsanstalter:** Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdams hospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1893. — Beretninger om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1893. — 33te Beretning om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus ved Köbenhavn for Året fra 1ste April 1891 til 31 Marts 1892. — 34te Beretning om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus og Ebberrödgård for Året fra 1ste April 1892 til 31 Marts 1893. — De Kellerske Åndssvageanstalter 1ste Januar 1891 til 1ste April 1894. — Enogtredivte Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidrummet 1ste Jan. 1891 til 31 Dec. 1893.

**Beretning om Kommunehospitalet, Öresundshospitalet, Blegdams hospitalet og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1893.** Köbenhavn 1894.

I *Kommunehospitalet* (963 Sänge) fandtes ved Begyndelsen af 1893 679 Patienter, indkom i Årets Løb 8923, udgik 8070, døde 824, var tilbage ved Årets Udgang 708. — Forplejningsdagens Antal var 258491, Middelbelægningen 708, højeste månedlige Middelbelægning 783 (Jan.), mindste 637 (August). — *1ste Afdeling:* 1236 udskrevne, 85 døde. På 773 Operationer falde 45 Dödsfald. 1076 Narkoser (89 Åter). 4 Tilf. af erysipelas opstod på Afdelingen. — *2den Afdeling:* 1249 udskrevne, 200 døde. — *3dje Afdeling:* 1139 udskrevne, 159 døde. På Afdelingen opstod 3 Tilfælde af Rosen, på bølge de medicinske Afdelinger sporadiske Tilfælde af andre Infektionssygdomme. Af cerebros spinalmeningitis behandledes på 2den Afdel. 4 Tilfælde (2 døde), på 3dje Afdel. 2 Tilf. (1 död), af tyfoid Feber på 2den Afdel. 72 Tilf. (1 död), på 3dje Afdel. 40 Tilf. (3 døde), af Lungetuberkulose på 2den Afdel. 182 (62 døde), på 3dje Afdel. 145 (46 døde). — *4:de Afdeling:* udskrevne 2082, døde 51. — Af Patienter behandlede for Hudsygdom udskreves 821, Observation for Hudsygdom 26, veneriske Sygdomme 1165, Observation for venerisk Sygdom 34. For Gonorrhé behandledes 545 Mænd, med ulc. vener. 18 Mænd, med Syfilis 248 Mænd mod henholdsvis 52, 4 og 135 Kvinder; kongenit Syfilis 22 Börn (9 døde), syphilis insons 16 Tilfælde. — 1592 Patienter behandledes ved den med Afdelingen forbundne gratis Konsultation. — *5te Afdeling:* 1246 udskrevne, 77 døde. 625 Operationer med 44 Dödsfald. 11056 Narkoser (8376 Kloroform, 2734 Åter). 2 Dödsfald ved Kloroformnarkoser. 4 Tilfælde af erysipelas opstod på Afdelingen. — *6te Afdeling:* 1573 udskrevne, 252 døde. 450 Tilfælde af Sindssygdom (3 Dödsfald), 281 Tilfælde af Alkoholisme (28 Dödsfald), 21 Forgifningstilfælde (5 Dödsfald).

Hospitalets *Öjenklirik* sögtes af 793 Patienter, *Kliniken for Hals-, Næse- og Öresygdomme* af 614 nye Patienter.

På *Öresundshospitalet* (166 Sänge) indkom i Årets Løb 601 Patienter, udskreves 323, døde 4. Sygedagenes Antal 16013, daglig Middelbelägning 44, störst för December Måned (248), mindst för August Måned (0,81). Af de udskrevne (og døde) var det overvejende Antal Patienter — 346 — behandlede for scarlatina, hovedsagelig evakuerede fra *Blegdamshospitalet* efter det første Feberstadiums Forløb.

På *Blegdamshospitalet* (normeret til 295 Sygesänge, der dog ved Opstilling af Extrasänge og Telte har været bragt op til 573), fandtes ved Årets Begyndelse 180 Patienter, indkom 3508, ndskreves 2865, døde 296. 94076 Sygedage, d. e. Middelbelägning 258, höjst för December, 522 (d. 27 Dec. 573), lavest i Maj, 163 (d. 22 maj 150). Af Patienterne lede 1282 af scarlatina (70 døde), 1294 af Difteri (118 døde), 195 af Krup (78 døde), 178 af erysipelas (19 døde). Alle de af Krup døde og 67 af de helbredede vare trakeotomerede. *Vestre Hospital* (særskilt Referat).

E. M. Hoff.

### Beretninger om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1893. København 1894.

*St. Hans Hospital.* Overläge O. ROHMELL.

Antallet af syge var ved Årets Begyndelse 979, ved dets Slutning 1010. Der behandlede i Årets Løb 1233. Der indkom 254 og afgik 223 Patienter.

*Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Melankoli hos 55, Mani hos 31, Forrykthed hos 48, Slövsind hos 112, Idioti hos 8. Af disse led samtidig 40 af fremskridende Parese, 13 af Epilepsi. — Blandt *Årsagerne* kan nævnes Arv hos 106, Drik hos 34, Syfilis hos 29, Alderdom hos 15, Epilepsi hos 12, Fattigdom (ökonomiske Sorger) hos 12 af dem, som indlagdes för første Gang.

En Del af Patienterne have i Årets Løb været beskäftigede med Istandsättelsen af Anstaltens Bibliotek, som nu tæller over 4000 Bind. Udlånet har belöbet sig til henved 8000 Bind.

Af de ndskrevne vare 59 helbredede, 57 bedrede, 21 uhelbredte; 86 døde.

*Sindssygeanstalten ved Vordingborg.* Overläge, Dr. HELWEG.

Antallet af syge var ved Årets Begyndelse 460, ved dets Slutning 454; der behandlede i Årets Løb 555, indkom 95 og afgik 101. Kun lidt over Halvdelen af dem, der sögte om Optagelse, har kunnet modtages på Anstalten. Der tränges derfor i höj Grad til Udvidelse. Et enkelt Forsög er gjort med en friere Anbringelse af Patienter i Småhuse på Anstaltens Grund, hvor Patienten bor i Pension hos Anstaltens Funktionärer.

*Sygdomsformen* ved Indläggelsen var Mani hos 36, Melankoli hos 40, Vanvid hos 8, Slövsind hos 9, ikke sindssyge vare 2. Tillige

fandtes generel Parese hos 5. — Af *Årsagerne* opføres Arv med 53, Disposition efter tidligere Anfald med 10, arvet Disposition efter Drikfældighed med 9, Alkoholmisbrug med 9, økonomiske Sorger med 7.

Sundhedstilstanden har i det hele været god. Kun Tuberkulosen er endnu en Plage for Hospitalet, i det 12 have været sængeliggende af denne Sygdom, og deraf døde 11. Desuden har Sektionen påvist Lungetuberkulose hos 14, som døde af anden Årsag.

Af de afgåede vare 37 helbredede, 21 bedrede, 13 uhelbredede, 29 døde, 1 ikke sindssyg.

*Sindssygeanstalten ved Middelfart.* Overlæge, Dr. LANGE.

*Antallet* af syge var ved Årets Begyndelse 406, ved dets Slutning 406. I Årets Løb behandledes 536; der indkom 130, afgik 130. En Del uhelbredelige Tilfælde har måttet afvises.

*Sygdomsformen* ved Indlæggelsen var Mani hos 33, Melankoli hos 61, Forrykthed hos 10, Sløvsind hos 24. Deraf led tillige 1 af progressiv Parese, 3 af Epilepsi. Ved Årets Slutning vare 2 under Observation. — Blandt *Årsagerne* opføres arvelig Disposition med 76, Drikfældighed hos Forældrene med 23, Drik med 22, Pubertetsudvikling med 13, Masturbation med 12, tidligere Anfald af Sindssygdom med 11, Svækkelse ved mange Fødsler med 10, stærk religiøs Påvirkning med 10 Tilfælde.

Sundhedstilstanden har i det hele været god. En let Influenza-epidemi angreb 22 Patienter og 16 af Anstaltens øvrige Beboere.

Af de afgåede vare 65 helbredede, 29 bedrede, 13 uhelbredede, 23 døde.

*Sindssygeanstalten ved Århus.* Overlæge, Dr. HOLM.

*Antallet* af syge var ved Årets Begyndelse 541, ved dets Slutning 550. Der behandledes i Årets Løb 689, indkom 148 og afgik 139. Mange uhelbredeligt syge have måttet afvises.

Sygehistorien meddeles over et Pigebarn på 11 År, »den yngste Patient, som hidtil har været i Anstalten», som led af en hysterisk Mani; Sygdommen opstod efter en håftig Forskrækkelse. Hun udskreves helbredet.

*Sygdomsformen* ved Indlæggelsen var Mani hos 51, Melankoli hos 62, Vanvid hos 2, Forrykthed hos 15, Sløvsind hos 15; af disse led samtidig 5 af progr. Parese, 5 af Epilepsi; 3 vare ikke sindssyge.

Blandt *Årsagerne* opføres arvet Disposition med 79, Drikfældighed hos Forældrene med 13, Disposition efter tidligere Anfald med 23, Drik med 9, religiøs Påvirkning med 7, Skoliose med 2 Tilfælde af dem, som vare indlagte første Gang.

Af de afgåede vare 45 helbredede, 21 bedrede, 38 uhelbredede, 32 døde, 3 ikke sindssyge.

*Sindssygeanstalten i Viborg.* Overlæge, Dr. C. A. GAD.

*Antallet* af syge var ved Årets Begyndelse 340, ved dets Slutning 340; der indkom 14, afgik 14, behandledes i Årets Løb i alt 354.



*Sygdomsformen* ved Indlæggelsen var Vanvid hos 1, Forrykthed hos 6, Sløvsind hos 7; deraf havde 6 tillige Epilepsi.

De 14 afgæede ere alle døde.

*P. D. Koch.*

**33te Beretning om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus ved København for Året fra 1ste April 1891 til 31 Marts 1892.** København 1892.

Alumnernes Antal udgjorde d. 31 Marts 1892 217 (129 Mænd, 88 Kvinder).

Sundhedstilstanden i Årets Løb upåklagelig; på Sygestuerne behandlede 58 Patienter, deraf 8 for Epilepsi, 5 for Influenza, 5 for pneumonia erouposa. — 9 Dødsfald på Anstalten (deraf Epilepsi 3).

I Løbet af Året toges den nyopførte Anstalt »Eggerödgård» ved Birkerød i Brug som Arbejds- og Plejehjem, så at Moderanstalten fremtidig kan drives som rent Skolehjem.

*E. M. Hoff.*

**34te Beretning om Åndssvageanstalten på gl. Bakkehus og Eggerödgård for Året fra 1ste April 1892 til 31 Marts 1893.** København 1893.

Fra *Gl. Bakkehus* evakueredes i Sommerens Løb 131 åndssvage til Eggerödgård, senere endnu 12. I Årets Løb optoges 125 Elever, udgik 5, døde 13. Antallet af Alumner, der d. 1 April 1892 var 217, var d. 31 Marts 1893 181. — Sygeligheden var i Årets Løb usædvanlig stor, hvad der særlig skyldes Epidemier af scarlatina og morbilli. På Sygestuerne behandlede 95 Patienter, deraf 32 for morbilli, 11 for bronchitis, 9 for pneumonia erouposa, 6 for scarlatina, 3 for Epilepsi. 4 døde af pnenm. eat. m. morbilli, 3 af scarlatina e. diphth., 3 af Epilepsi.

På *Eggerödgård* indlagdes i Årets Løb foruden de 143 fra Bakkehus udflyttede 115 nye Alumner, så at Antallet — efter at 11 vare døde, 3 udtagne og 1 overflyttet til Bakkehus — d. 31 Marts 1893 udgjorde 243, hvoraf 91 i Arbejdshjemmet (53 M., 38 Kv.), 92 i Plejehjemmet (57 M., 35 Kv.), 60 i Börneasylet. — På Anstalten optrådte i Årets Løb så vel scarlatina som Difteri og Kighoste epidemisk med henholdsvis 25, 24 og 15 Tilfælde. I alt behandlede 191 syge.

Beretningen indeholder en Del Prospekter af den store, vel indrettede for indtil 400 Alumner beregnede Anstalt, der er beliggende i en af Sjællands smukkeste Skovegne.

*E. M. Hoff.*

**De Kellerske Åndssvageanstalter 1ste Jan. 1891 til 1ste April 1894.** København 1894. 46 Sider.

Ved Udgangen af 1890 husede Anstalten 485 åndssvage og gav Undervisning til 72 skolesøgende Elever, d. 1 April 1894 henholdsvis 551 og 70. — Ved Bakkehusanstaltens Udvidelse med Eggerödgård er



Åndssvageanstaltnes Expektantliste bragt ned til et længe ukendt minimum.

Dr. med. V. BREMER giver en Oversigt over Sundhedstilstanden i det omhandlede Tidsrum. I Tiden Januar 1891 til April 1892 døde 31, April 1892 til April 1893 23 og April 1893 til April 1894 27 Elever. I 1891 og 1892 frembød de epidemiske Forhold ikke noget usædvanligt, derimod var Året 1893—94 i så Henseende ret vanskeligt for Anstalterne; særlig voldte Skarlagensfeberen, af hvilken der Juli—Dec. 1893 optrådte 36 Tilfælde med 9 Dödsfald, en Del Besvær. Alle de angrebne evakueredes til Blegdamshospitalet.

*E. M. Hoff.*

**Enogtredivte Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1ste Jan. til 31 Dec. 1893.** København 1894.

På Stiftelsens Hospital faadtes i Følge Overlæge PAULLIS Beretning ved Årets Begyndelse 66 Patienter, indkom i Årets Løb 494, udskreves 458, døde 36, var tilbage ved Årets Udgang 46. Af de 540 Patienter vare 436 Kvinder, 64 Børn og 40 Mænd. Sygedagenes Antal var 21601, den daglige Middelbelægning 59,18. — 3 Tilfælde af scarlatina opstod på Hospitalet, ingen Tilfælde af Hospitalssygdomme.

Af Operationer anföres 128 med 6 Dödsfald, deriblandt 3 explorative Laparotomier (2 Dödsfald), 8 andre Laparotomier (1 Dödsfald) samt 12 Ovariomier (uden noget Dödsfald).

På Prof. HOWITZ's Afdeling (89 af Patienterne) foretoges bl. a. 16 Ovariomier (uden noget Dödsfald) og 14 Laparotomier (med 4 Dödsfald).

*E. M. Hoff.*

**Militär hälsovård:** EDW. EDHOLM: GRÉGOIRE FRANÇOIS DU RIETZ. — EDW. EDHOLM: Militärläkarekursen 1893. — K. E. LINDÉN: Sjukvårdens utbildning vid Garnisonssjukhuset i Helsingfors' fältkärsskola. — VINCENT LUNDBERG: General Carl von Döbelns skottskada vid Porosalmi under finska kriget 1789. — KNUT ULFSON SPARRÉ: Ett krigarminne från 1814. — WILHELM V. DÖBELN: Historisk öfversikt af läkarevården vid Kogl. flottan. — EMIL NILSSON: Arméerna och kolerafarsoten. — A. F. KLEFFBERG: Om sjukvårdelokaler å flottans fartyg. — FRITZ NETZLER: Resanteckningar från England. — EDVARD FOGELSTRÖM: Från München och Wien. — Anordning om det värnepligtige Mandskabs Tjänstdygtighet og det udskrevne Mandskabs Fordeling, af 24 August 1894. — Regulativ for Bedømmelsen af de värnepligtiges Dygtighed til Kristtjäneste, af 24 August 1894. — JOHAN KIER: Et Overarmsbrud. — KOHL: 2det Artilleriregiments Kaserne på Amager Fælled. — AXEL G. V. PETERSEN: Ingenjörkasernen i Vognmandsmarken. — Foreningen »Det røde Kors». 18de Årsberetning.

EDW. EDHOLM: **Grégoire François du Rietz.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 205.

Förf. börjar med en kort öfverblick af läkarekonstens ställning i vårt fädernesland. Ännu under 16-talets första hälft voro Sverges läkare ej ordnade under någon gemensam myndighet. Fransmannen DU RIETZ tog 1663 initiativet till upprättande af »Collegium medicum», som gaf första uppslaget till svenska hälso- och sjukvårdsväsendets organisation. De olika facerna af DU RIETZ's lifsgärning skildras. Han innehade presidiet i det nya embetsverket, egde i Stockholm en vidsträckt praktik och åtnjöt ett mycket stort anseende samt beskrifves af sina samtida som en kunnig och mycket aktad läkare.

Arkiater DU RIETZ afled i Stockholm 1682 vid 76 års ålder.

*E. A. Thomæus.*

EDW. EDHOLM: **Militärläkarekursen 1893.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 163.

Militärläkarekursen 1893 fortgick från september till december månader vid Allmänna garnisonssjukhuset och var den 17:de i ordningen af dessa årligen återkommande kurser. Därtill voro kommanderade 9 militärläkare. Frivillige deltagare voro 1 dansk och 1 finsk läkare samt 1 officer; 6 underläkare å garnisonssjukhuset hafva därjämte deltagit i kursen likasom åtskilliga andra militärläkare. Undervisningsmaterialet har under året blifvit genom inköp och gåfvor förökadt. Schemat för undervisningen har i hufvudsak varit det samma som förlidet år. Således i militär hälsovårdslära, som innefattat literaturöfversikter, bostadshygien, förplägnad, beklädnad och beväpning, militära sjukhus och hygien vid fältformationerna; vidare i hygienisk kemi; i vatten- och luftundersökningsmetoder, födoämnesshygien, desinfektionstekniken, i uppvärmnings- och ventilationsläran. Militärhygieniska exkursioner till ett antal af 34 hafva företagits. Öfriga ämnen hafva ntgjorts af kirurgisk operationslära, ögonundersökningar, öron-

undersökningar, bakteriologi, militär medicinallagfarehet, militära ämnen med tillämpningsöfningar på relief-krigsspelkartorna, kartläsning och ridöfningar.

*E. A. Thomæus.*

**K. E. LINDÉN: Sjukvårdens utbildning vid Garnisonssjukhuset i Helsingfors' fältskärsskola.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 114.

År 1884 inrättades vid nya Garnisonssjukhuset en permanent fältskärsskola för utbildande af fältskärer för de finska truppernas behof. Förordningen härom ändrades under följande åren genom nya bestämmelser, för hvilka redogöres i artikeln likasom för huru undervisningen vid Garnisonssjukhusets fältskärsskola för närvarande är anordnad. Teori och praktik gå därvid hand i hand. Den kirurgiska grenen, såsom en af de viktigaste vid undervisningen, är tillgodosedd särskildt genom inrättandet af en kirurgisk poliklinik. Den farmaceutiska handhafves af en såsom apotekare anställd fältskär. En slöjdskola är i sammanhang med fältskärsskolan inrättad, och lärokursen däruti begynner med undervisning i improvisationstekniken. En modellsamling om 50 nummer är där gjord, och sådana hafva levererats till de flesta finska bataljoner. Numer torde vid hvarje bataljon finnas någon af de elever, som genomgått fullständig kurs i fältskärsskolan. Äfven till allmänna Garnisonssjukhuset i Stockholm har en modellsamling såsom gåfva af författaren öfverlemnats.

*E. A. Thomæus.*

**VINCENT LUNDBERG: General Carl von Döbelns skottskada vid Porosalmi under finska kriget 1789.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 100.

Artikeln innehåller först ett utdrag nr v. Döbelns dagboksanteckningar, hvaruti han berättar om tillkomsten af ofvan nämnda skottskada i pannan. Därefter anföres ett bref, skrifvet af v. Döbeln och försedt med en pennritning af hans hand, dagteckadt 17<sup>9</sup>/<sub>6</sub> 91 och hvilket redogör för skadans vidare förlopp samt de åtgärder, som mot den samma vidtogos.

*E. A. Thomæus.*

**KNUT ULFSON SPARRE: Ett krigarminne från 1814.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 105.

Ulf Carlson Sparre, föf:s fader, skildrar uti sin dagbok tillkomsten af en blessyr genom båda lårbenen, erhållen under första tiden af det fiendliga inryckandet i Norge år 1814 under striden vid Ingedals kyrka. Dagboken redogör ytterligare för åtskilliga historiska fakta under krigets lopp och specielt för gången af blessyrens behandling samt förloppet till dess slutliga läkning. Sedan denna senare inträdt, hade pat. endast ringa olägenhet af denna skada, för hvilken läkarne under första behandlingen velat amputera bägge hans ben.

*E. A. Thomæus.*

**WILHELM v. DÖBELN: Historisk öfversikt af läkarevården vid Kongl. flottan.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 1.

Svenska flottans historia börjar under Gustaf I:s regering. Någon egentlig läkarevård på flottan fans under första tiden ej; yrket utövades af fältskärer och äfventyrare, som benämndes »bardskärer».

Först 1621 bestämdes bardskärarnes fördelning på skeppen. — Den historiska skildringen fortskrider skede efter skede och visar, huru utvecklingen af flottans läkareväsende fortgått, så att det samma numera, åtminstone i fredstid, kan anses motsvara billiga anspråk. Hvad åter flottans sanitetsväsen i öfrigt, specielt sjuklokaler och sanitära anordningar ombord beträffar, återstår åtskilligt att önska.

Tvåne bilagor medfölja: N:r 1 läkare som tjänstgjort å flottan före 1800; n:r 2 läkare som tjänstgjort å flottan 1800—1890.

*E. A. Thomæus.*

EMIL NILSSON: **Arméerna och kolerafarsoten.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 215.

Förf. framlägger åtskilliga fakta, särskildt från koleraepidemien i Hamburg 1892, hvarn lärdomar och fingervisningar i detta afseende äro att hemta.

Regimentet n:r 85 hade 8 dagar innan kolerans utbrott inryckt från kolerafri ort. Förf. skildrar, huruledes man nu gick tillväga vid utbrottet af sjukdomen äfven bland detta regimente och det lysande resultat däraf.

Jämförelser göras med andra koleraepidemier bland samlade trupper. Den moderna metoden har äfven här sin tyngdpunkt uti en ögonblicklig och verksam isolering. I detalj genomgås denna och öfriga skyddsåtgärder.

*E. A. Thomæus.*

A. F. KLEFBERG: **Om sjukvårdslokaler å flottans fartyg.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 226.

Förf. stödjer sig på utdrag ur en del från uppbördsläkare afgifna rapporter, ordnade efter de olika center och fartygstyper, hvaraf vår flotta utgöres. Dessa intyga ungefär liknande förhållanden inom de olika fartygstyperna. Någon enhet i sjukhytternas anläggning synes ej förefinnas. Ett fartyg t. ex. med 70 mans besättning eger hytt med 3 kojor, under det att ett med 340 man har blott 1 koj. Med anmärkningsvärd konsekvens äro sjukrummen förlagda till fartygens varmaste ställen i närheten af kabys och maskinrum, hvarest den höga värmegraden jänte andra olägenheter åstadkommer ofrefnad för de sjuka.

Flera anmärkningar hafva gjorts, och nödvändigt torde blifva att vid afgörandet af hit hörande frågor låta sakkunnigas utlåtanden införas. Man kan och bör söka i högre grad låta de sjuka komma i åtnjutande af ljus och frisk luft. Ingångarna till sjukhytterna måste göras så breda, att sjuka må kunna transporteras därin.

För obetydliga kostnader kunna förändringar i denna riktning vidtagas å flere redan befintliga fartyg. På nya fartyg böra de sjuka från början bättre tillgodoses. Åtskilliga förbättringar äro redan vidtagna.

*E. A. Thomæus.*

**FRITZ NETZLER: Reseanteckningar från England.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 48.

Först skildras lägret vid Aldershot, hvarest förf. tillbragt någon tid såsom gäst i sjukvårdskårens läger. Det dagliga lifvet därstädes, öfningarna i sanitetstjänst, anordningen af bostäder, öfningar i ridkonst, militärläkarnes uniformer m. m. genomgås ett efter annat, och den gästvänlighet framhålles, hvarmed förf. såsom främling omhuldades.

Därefter genomgås sjukvårdstruppernas ställning och utbildning i England ganska detaljeradt. Redan för längesedan har man där insett nödvändigheten af att ställa militärläkarekåren lika fri och oberoende som hvarje annat vapenslag inom armén. Redan efter Krimkriget erhöll armén i hufvudsak sin nuvarande organisation. Inom »The medical staff corps», som utgör ett för sig slutet helt, närmast jämförlig med ingeniörkåren, tjänstgöra inga andra officerare än läkarne själfva, hvilka äro fullt likställda med innehafvarne af samma grader inom den stridande armén. — Härefter följer en beskrifning af, huru tjänsten tillfölje häraf för militärläkaren artar sig samt af den utbildning, som af honom fordras.

*E. A. Thomæus.*

**EDVARD FOGELSTRÖM: Från München och Wien.** Tidskr. i militär hälsovård, bd 19, s. 62.

Förf. lemnar i denna reseberättelse beskrifning öfver de militärmedicinska institutionerna i ofvan nämnda hufvudstäder.

På förra stället gälde hans första besök garnisonssjukhuset, som beskrifves. hvarefter följa i ordning en kasern, tillhörande regementet n:r 2 Kronprinz, Kadettskolan, »Frauenvereins» nya sjukhus, allmänna sjukhusen »links und rechts der Isar», på hvilka beskrifningar gifvas, interfolierade med upplysande uppgifter rörande värnpliktiges utbildning till sjukvårdsmanskaf, rörande materielen för fält- och krigslasaretten, sanitetsdetachementen m. m.

Från Wien beskrifvas garnisonslasaretten n:r 1, Rennwegerkasernen, medikamentsdepöten m. m. Sanitetstruppernas i Österrike-Ungern beskaffenhet och utbildning utgöra slutämnet för berättelsen.

*E. A. Thomæus.*

**Anordning om det värnepliktige Mandskabs Tjänstdygtighed og det udskrevene Mandskabs Fordeling, af 24 Avgust 1894.**

**Regulativ for Bedømmelsen af de värnepliktiges Dygtighed til Krigstjäneste, af 24 Avgust 1894.**

Ved den nye »Anordning» er der sträbt hen til ved Udskrivningen at tilvejebringe et mere udsøgt Mandskab til de enkelte Tjänestegrene; i Overensstemmelse hermed er der i »Regulativets» Bestemmelser taget mere Hensyn end i tidligere Regulativer til Tjänstdygtigheden til de enkelte Arter af den militäre Tjäneste. — Sessionslägerens Stilling er i Anordningen bleven mere präciseret.

*Joh. Möller.*

JOHAN KIER: **Et Overarmsbrud.** Militärlägen, Årg. 2, H. 4, S. 240.

En Tvärfraktur af højre Overarm omtr. 8 Cm. over Albuledet, opstået hos en sund og kraftig Sergent. Elev i Härens Gymnastikskole, ved et voldsomt aktivt Muskelarbejde (Hugning med en almindelig Ryttersabel). Forløbet var fuldkommen normalt, med god Heling, normal Stilling af Armen og fuldstændig Brugbarhed af denne.

*Joh. Möller.*

KOHL: **2det Artilleriregements Kaserne på Amager Fälled.** Militärlägen, Årg. 2, H. 4, S. 209 .

AXEL G. V. PETERSEN: **Ingeniörkasernen i Vognmandsmarken.** S. St., S. 218.

Beskrivelser med Plantegninger af 2 for Köbenhavns Garnison nyopførte Kaserner.

*Joh. Möller.*

Foreningen **"Det røde Kors"**. 18de Årsberetning. Köbenhavn 1894.

I 1893 havde Foreningen under Uddannelse 8 Sygeplejerskeelever, af hvilke 6 udnævntes til Sygeplejersker inden Årets Slutning; det samlede Antal var på dette Tidspunkt 52.

*Joh. Möller.*



## Compte-rendu du traité

publié au

Tome XXVII, N° 2.

### P. HERTZ: Un cas d'ostéomalacie.

Il s'agit d'une veuve de 58 ans, exempte de dispositions pathologiques, mère de plusieurs enfants bien portants; accouchements normaux.

Sans qu'il fût possible d'en tracer la cause, la maladie commença, en octobre 1892, par des douleurs rhumatoïdes du dos et des lombes. Vers la fin de la même année, la malade s'attira, par une chute dans l'escalier, une lésion traumatique; obligée, dès ce moment-là, de garder le lit, elle tomba dans une cachexie de plus en plus prononcée, perdit ses forces, ne put plus se tenir debout sur ses jambes; peu à peu le dos se voûta, le thorax se déforma, et des douleurs du tronc entier se présentèrent, tant spontanément que par la pression. Elle succomba au bout d'une année de maladie, après un marasme de plus en plus prononcé.

*Autopsie:* Le thorax, la colonne vertébrale, le bassin déformés; point de fractures. Comme sièges principaux de l'affection, la voûte du crâne, les vertèbres, les côtes et les os du bassin. Ces os étaient friables jusqu'au point de se laisser couper à l'aide du scalpel; ils se composaient d'une mince enveloppe osseuse renfermant une moelle rouge et pulpeuse. De même, l'écorce osseuse des os longs était amincie, mais la moelle en était adipeuse à l'exception de quelques-unes des épiphyses et de l'humérus droit, dont la moelle était rouge.

L'auteur a fait une étude détaillée de plusieurs os, en se servant tant de coupes polies que de préparations décalcifiées. La coloration a eu lieu avec du carmin. De plus, il s'est servi de la méthode de v. RECKLINGHAUSEN à injection d'air, et de celle d'EBERTH pour l'investigation de la structure fibrillaire du tissu osseux.

Il a toujours fini par trouver que les différentes phases du procès morbide étaient localisées. Aux lieux affectés, il y avait abolition de la structure lamellaire de l'os, augmentation considérable du nombre

et de la grandeur des corpuscules osseux, immigration cellulaire ayant lieu soit du côté de la moelle, soit de celui du périoste. Des cellules immigrées, quelques-unes prenaient la forme d'étoiles rappelant celle des corpuscules osseux; d'autres, particulièrement celles qui dérivait de la moelle, étaient arrondies. Souvent l'immigration aboutissait à la formation de canaux de VOLKMANN. L'auteur ne trouva que rarement la résorption lacunaire et des ostéoclastes. Il ne rencontra point de zones de tissu osseux décalcifié, et quant aux zones colorées en carmin, observées le long de la substance osseuse, tout porte, selon lui, à croire qu'il ne s'agit pas de tissu décalcifié dans le sens ordinaire de ce mot. Les signes d'apposition de tissu osseux non calcifié faisaient également défaut.

L'auteur fait valoir qu'il s'agit ici d'un processus cellulaire actif, tirant son origine en partie des corpuscules osseux, en partie des cellules de la moelle et du périoste. D'abord, la substance osseuse est sous-minée par la formation de fentes et de canaux à travers la substance cimenteuse calcifère, et par la décomposition de la substance fondamentale fibrillaire. Cette destruction prend, d'après l'auteur, son point de départ des corpuscules osseux. C'est dans la substance osseuse, transformée de la façon qui vient d'être décrite, que se fait l'immigration des cellules de la moelle et du périoste, et ce sont les mêmes cellules qui déterminent la résorption définitive de l'os.





## Die Geschlechtswahl der Krankheiten.

### Das Geschlecht der Taubstummen.

Von

Professor V. UCHERMANN.

Kristiania.

---

Das bedeutende Übergewicht des männlichen Geschlechtes unter den Taubstummen gegenüber dem weiblichen ist in hohem Grade auffallend. Während die Verhältniszahl im Jahre 1875  $0,92 \text{ ‰}$  für Männer und  $0,81 \text{ ‰}$  für Frauen war, ist sie im Jahre 1885 beziehungsweise  $1,03$  und  $0,80$  pro mille. Die Steigerung kommt wahrscheinlich, wie später gezeigt werden wird, wesentlich von der erworbenen Taubstummheit, wo der Unterschied am grössten ist. Während nemlich im Jahre 1885 auf 100 taubst. Männer im Ganzen 77 taubst. Frauen (genau 77,18) kommen, kommen auf 100 geborene taubst. Männer ungefähr 89 geborene taubst. Frauen (genau 88,91), auf 100 erworbene taubst. Männer dagegen nur ungefähr 66 erworbene taubst. Frauen (genau 66,23). Da in den früheren Zählungen nicht gesondert wird zwischen angeborener und erworbener Taubstummheit, ist eine Vergleichung nicht möglich.

Abgesehen davon ist dieses Übergewicht der Zahl männlicher Taubstummer über die weiblichen ein konstantes Phänomen, welches bei allen Zählungen in allen Ländern hervortritt, wo solche statistische Untersuchungen vorgenommen worden sind.<sup>1)</sup> Das Verhältniß tritt in Norwegen deutlich hervor,

---

<sup>1)</sup> HEDINGERS Statistik, welche von MYGIND (»Die angeborene Taubheit») als eine Ausnahme angeführt wird, gilt nicht sämtlichen Taubstummen in Württemberg, sondern nur den 228 Anstaltszöglingen, die H. selbst untersuchte, und von denen zufällig mehr Mädchen als Knaben waren. Diese Statistik kommt natürlich nicht in Betracht.

nicht allein im ganzen Lande sondern auch in den einzelnen Stiftern und wenn die Städte und das Land gesondert in Betracht gezogen werden, wie folgende Tabelle nachweist:

Tabelle 1.

		Anzahl taubst. Männer geboren in den Stiftern.	Auf 10000 Einw. (Männer) kommen.	Anzahl taubst. Frauen geb. in den Stiftern.	Auf 10000 Einw. (Frauen) kommen.	Gesamtzahl Taubst.	Auf 10000 Einwohner kommen.	Die Volkszahl verteilt nach Geburtsstätten.			
								Männer.	Weiber	Zusam.	
Kristiania Stift	in den Städten	66	8,9	46	5,4	112	7,0	7,2	74029	83812	157841
	auf dem Lande	160	9,6	90	5,1	250	7,3		166473	173381	339854
Hamar Stift	in den Städten	1	3,6	1	3,5	2	3,5	9,7	2757	2837	5594
	auf dem Lande	124	10,3	114	9,2	238	9,8		118545	123143	241688
Kristian- sands Stift	in den Städten	33	10,7	23	5,9	56	8,0	7,2	30702	38636	69338
	auf dem Lande	125	8,7	88	5,6	213	7,1		143105	156454	299559
Bergen Stift	in den Städten	17	8,2	12	4,8	29	6,4	11,8	20623	24678	45301
	auf dem Lande	180	13,7	165	11,7	345	12,7		131060	140150	271210
Drontheim Stift	in den Städten	25	17,2	16	9,1	41	12,8	12,7	14490	17515	32005
	auf dem Lande	171	14,0	145	11,4	316	12,7		121372	126667	248039
Tromsø Stift	in den Städten	8	16,0	2	3,6	10	9,5	11,1	4975	5500	10475
	auf dem Lande	118	12,6	96	3,9	214	11,2		93520	96886	190406
Zusammen	in den Städten	150	10,1	99	5,7	249	7,7	9,5	147576	172978	320554
	auf dem Lande	878	11,3	699	8,5	1577	9,9		774075	816681	1590756

Wie man sieht, tritt es besonders deutlich in den Städten hervor, wo das Verhältnis ist wie 2 taubst. Männer zu einer taubst. Frau. Es findet sich sogar durchgehends wieder, wenn diese Verteilung nach dem Geschlecht für verhältnismässig so kleine Bevölkerungskreise wie die Ämter ausgeführt wird, indem Ausnahmen sich nur bei der städtischen Bevölkerung in den Ämtern Hedemarken, Nedenäs und Finmarken zeigen, wo es sich überall um so niedrige Zahlen handelt, dass der Zufall notwendig eine Rolle spielen muss; bei der ländlichen Bevöl-

kerung im Amt Nordre Bergenhus, wo eine ganz geringe Mehrheit taubstummer Frauen ist.

Da die weibliche Bevölkerung im Ganzen in Norwegen die männliche um circa 4 % (100 M. zu 104 Fr.) übersteigt, ist das Verhältnis also bei den Taubstummen gerade das entgegengesetzte, nur dass das männliche Element hier das weibliche um volle 20 % übersteigt. Das Übergewicht ist also nicht nur absolut sondern noch mehr relativ und an sich sehr bedeutend.

Eine befriedigende Erklärung der Ursache davon ist bis jetzt nicht gegeben worden. Wol werden überall mehr Knaben als Mädchen geboren, in Norwegen circa 5 % (105 m. zu 100 w.), aber das Übergewicht des männlichen Geschlechts nimmt bis zum Alter von 20 Jahren beständig ab, wo das weibliche Geschlecht das Übergewicht bekommt und später behauptet; zwar mit etwas abnehmender Stärke für die Altersgruppe 30—50—60 Jahr, aber mit um so mehr auffälliger Steigerung bis zur höchsten Altersgrenze. Die 2 Faktoren, welche wesentlich dieses Resultat herbeiführen, sind die stärkere Sterblichkeit des männlichen Geschlechts und dessen grössere Auswanderung. Folgten die Taubstummen dem allgemeinen Bevölkerungsgesetz, so könnte man deshalb erwarten einen entsprechenden Überschuss männlichen Taubstummer in den ersten Altersklassen zu finden, in den späteren dagegen einen entsprechenden weiblichen. Keines von beidem ist der Fall, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

Tabelle 2.

	Taubstumme		Übrige Bevölkerung.	
	Männer.	Frauen.	Männer.	Frauen.
Unter 20 Jahr . . . . .	100	79,6	100	97,4
21—40 Jahr . . . . .	100	69	100	110,7
41—60 > . . . . .	100	83,8	100	106,9
61 und darüber . . . . .	100	94,0	100	120,4

Für Dänemark hat MYGIND bei denselben Altersklassen von Taubstummen folgende Verhältniszahlen: 73,6, 93,4, 100

und 115. Während der Überschuss taubstummer Männer sich in Norwegen durch alle Altersklassen hindurch behauptet und bei weitem am grössten in der Altersklasse 21—40 ist (für das Alter 31—40 ist das Verhältnis sogar wie 100 zu 60), hört er in Dänemark schon mit der zweiten Altersklasse auf. In Deutschland ist das Verhältnis wie 100 M. zu 83,2 F. für alle Altersklassen (1880). Im Jahre 1871 war das Verhältnis: 100 M. zu 85,1 F.

So grosse Unregelmässigkeiten lassen sich schwierig irgend einem Gesetz unterordnen. Die Sache ist die, dass es unberechtigt ist und keinen Nutzen bringt, das Zahlenverhältnis zwischen den Geschlechtern bei der Geburt und seine Veränderungen im späteren Leben zum Maassstab zu nehmen, nach welchem man die *gesamte* taubstumme Bevölkerung mit der übrigen Bevölkerung vergleicht, denn das Leiden ist ungefähr der Hälfte der Taubstummen nicht angeboren sondern erst nach der Geburt und aus den verschiedensten Ursachen entstanden. Berechnet man daher die Tabelle gesondert für angeborene und erworbene Taubstummheit,<sup>1)</sup> so ergibt sich folgendes Resultat:

Tabelle 3.

Altersklasse.	Angeb. Taubstummheit.				Erworbene Taubstummheit.				Übrige Bevölkerung.	
	Anzahl.		Verhältniszahl.		Anzahl.		Verhältniszahl.			
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
a)										
0—5 Jahr	31	27	100	87	19	9	100	47	100	97,1
6—10 „	54	59	100	109,2	64	36	100	56,2	100	97,2
11—15 „	53	56	100	105,6	116	80	100	68,9	100	96,7
16—20 „	48	44	100	91,6	78	57	100	73,0	100	98,5
21—25 „	43	39	100	90,6	67	50	100	74,6	100	109,0
26—30 „	45	39	100	86,6	36	18	100	50,0	100	113,5
31—40 „	79	56	100	70,7	79	37	100	46,8	100	110,3
41—50 „	49	40	100	81,6	34	27	100	79,4	100	106,9
51—60 „	50	37	100	74,0	15	19	100	126,6	100	107,0
61 u. darüb.	39	44	100	112,8	26	19	100	73,0	100	120,4

<sup>1)</sup> In den Angaben aus andern Ländern ist eine solche Sonderung leider nicht vorgenommen.

Altersklasse.	Angeb. Taubstummheit				Erworbene Taubstummheit.				Übrige Bevölkerung.	
	Anzahl.		Verhältniszahl.		Anzahl.		Verhältniszahl.			
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
b)										
0—10 Jahr	85	86	100	101,1	83	45	100	54,2	100	97,1
11—20 >	101	100	100	99	194	137	100	70,6	100	97,6
21—30 >	88	78	100	88,6	103	68	100	66,0	100	111,0
c)										
0—20 Jahr	186	186	100	100	277	182	100	65,7	100	97,4
21—49 >	167	134	100	80,2	182	105	100	57,6	100	110,7
41—60 >	99	77	100	77,7	49	46	100	93,8	100	106,9
61 n. darüb.	39	44	100	112,8	26	19	100	73,0	100	120,4

Also bestätigt die Tabelle keineswegs die Annahme, dass eine überwiegend grössere Anzahl taubstummer Knaben als Mädchen geboren würden; im Gegentheil scheint nach ihr das Verhältnis eher umgekehrt zu sein. Lässt man wegen der Unvollständigkeit der Anmeldungen und wegen der geringen Zahlen die Altersklasse 0—5 ausser Betracht, so findet man nemlich in den 2 folgenden Klassen einen weiblichen Überschuss von beziehungsweise 6 und 5 %. Das männliche Übergewicht beginnt erst in der folgenden Altersklasse 16—20, wo es bereits 10 % beträgt, und steigt allmählig, bis es im Alter von 30—40 Jahren 30 % erreicht. In den 2 folgenden Decennien ist das Übergewicht wieder in der Abnahme begriffen, bis im Alter von über 60 Jahren das weibliche Element wieder die normale Oberhand bekommt. Nimmt man wegen der kleinen Zahlen nur Rücksicht auf die grösseren Altersgruppen von 10 oder 20 Jahren (*b* und *c* in der Tabelle), so bleibt das Resultat dasselbe: Die Anzahl geborener taubstummer Knaben und Mädchen in den jüngeren Altersklassen (bis 16—20 Jahre) ist ungefähr gleich, mit einem relativ schwachen Übergewicht auf Seite der Mädchen. *Der für die gesamte Taubstummheit nachgewiesene grosse Überschuss der Knaben auf dieser Altersstufe kommt also ausschliesslich von der erworbenen Taubstummheit.*

Dagegen hat das männliche Geschlecht auch für die angegebene Taubstummheit in den mittleren Altersklassen (21—

60 Jahre) eine entschiedene Mehrzahl von bis 20 % und darüber. Da man keine Ursache hat anzunehmen, dass dieselben Faktoren, welche in den Jahren 1866—85 einen einigermaßen gleichen Betrag von angeborener Taubstummheit für die beiden Geschlechter herbeiführten, und zwar mit einem kleinen Übergewicht auf seiten des weiblichen Geschlechts, in den Jahren 1826—65 einen bedeutenden Überschuss für das männliche Geschlecht bewirkt haben sollten, so ist die Ursache aller Wahrscheinlichkeit nach zu suchen entweder in vermindertem Abgang taubstummer Männer oder in vermehrtem Abgang taubstummer Frauen oder in beidem. Hinsichtlich des ersteren Punktes ist hier gleich zu bemerken, dass der Einfluss, welchen die *Auswanderung* auf die gesamte Bevölkerung ausübt, indem sie namentlich die Anzahl der Männer in diesen Altersklassen vermindert, hier kaum in Betracht kommen dürfte. Die Auswanderung betrug in den Jahren 1836<sup>1)</sup>—85 im Ganzen 343 258 Personen, und legt man das Verhältnis in den Jahren 1866—85 zu grunde, so befanden sich darunter

zwischen 16—20 Jahren	27 633 Männer,	17 348 Frauen,
» 21—60	112 373	» 83 575 »
in andren Altern . . .	53 216	» 49 113 »

zusammen 193 222 Männer, 150 036 Frauen

oder durchschnittlich 3 919 per Jahr in der Altersklasse 21—60 oder 39,34 % des durchschnittlichen Verlustes der Altersklasse, <sup>2)</sup> davon 2 247 Männer und 1 671 Frauen, d. h. ein Verhältnis wie 100 zu 74,3. Es kommt also auf das männliche Geschlecht ein jährlicher Verlustüberschuss von 576 Personen mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl zwischen den Geschlechtern (s. Tabelle 3) = 4,67 %. <sup>3)</sup> Ich habe die Protokolle über die

<sup>1)</sup> Mit Auswanderung ist überall überseeische Auswanderung gemeint. Vor 1836 wanderten nur aus: im Jahr 1821 einer, im Jahr 1825 53 Personen. Die Angaben sind mir mitgeteilt von T. Lindstöl, Kopist im statistischen Kontor.

<sup>2)</sup> In den Jahren 1866—85 wanderten aus:

		16—20	21—60	In andren	Im Ganzen.
	Jahr.	Jahr.	Jahr.	Altern.	
Männer	1866—75	8 492	36 862	21 161	66 515
»	1876—85	12 941	50 011	19 955	82 907
Frauen	1866—75	5 731	28 032	19 212	52 975
»	1876—85	7 697	36 543	18 801	63 041

Die Anzahl der Verstorbenen in den Jahren 1836—85 war durchschnittlich für die Altersklasse 21—60: 3 907 Männer und 3 619 Frauen. Unglücksfälle abgerechnet beträgt die Anzahl ea. 3 108 Männer und 3 469 Frauen.

<sup>3)</sup> Da die Verhältniszahl (1875 und 1885 berechnet) für die Altersklasse 16—20 wie 100 Männer: 98,5 Frauen ist, für die Altersklasse 21—60 wie 100 Män-

Zöglinge an den Anstalten von der Stiftung der letzteren an durchgegangen und dem späteren Schicksal der Zöglinge nachgeforscht. Dabei habe ich unter 1 580 Zöglingen, über welche es Mittheilungen giebt, im ganzen 24 Ausgewanderte gefunden, 12 männlichen und 12 weiblichen Geschlechts, davon in der Altersklasse 21—60: 18, nemlich 10 Männer und 8 Frauen. Es darf angenommen werden, dass alle diese ihren Eltern oder anderen Verwandten gefolgt sind, da eine selbständige Teilnahme an der Auswanderung von seiten der Taubstummten, um dadurch günstigere Lebensbedingungen zu gewinnen, wenig denkbar ist. In der übrigen Bevölkerung ist dagegen dies mit einem bedeutenden Teil des männlichen Kontingentes der Fall. Selbst wenn man daher aus den genannten Zahlen nichts sicheres über die wirklichen Auswanderungsprocente<sup>1)</sup> der Taubstummten und über ihr Geschlecht schliessen kann, so ist es doch wahrscheinlich, dass sie niedrig sind, und dass es kein männliches Übergewicht giebt. A priori könnte Grund sein zu vermuthen, dass die Fürsorge der Eltern für die erwachsenen Taubstummten in erster Linie den Mädchen gelten werde, als den weniger erwerbstüchtigen im Verhältnis zu den Knaben, welche in den Anstalten Handwerke lernen, und dadurch fähiger werden sich selbst zu ernähren.

Ein anderer Umstand, der zu einem relativ verminderten Abgang taubstummer Männer beiträgt, ist der, dass sie zum Teil durch ihre Beschäftigung den *Unglücksfällen* weniger ausgesetzt sind, die als Todesursache für die gesamte Bevölkerung in diesen Altersklassen eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Nach der officiellen Statistik von Norwegen<sup>2)</sup> kamen jährlich im Durchschnitt 1 057 Menschen auf diese Weise um, davon die überwiegende Anzahl durch Ertrinken. Von diesen waren 85 % Männer oder 6 mal so viele Männer als Frauen; bei Er-

---

ner: 109.(1) Frauen, so beträgt der Überschuss des Verlustes an Männern in der Altersklasse 21—60 10,5 %. Verteilt man dies pro rata auf die einzelnen Faktoren, die jährlich Verluste verursachen, nemlich Auswanderung, Unglücksfälle, Desertion von Schiffen und Todesfälle, so kommen auf die Auswanderung 4,67 %.

1) Von den oben genannten 10 Männern und 8 Frauen in der Altersklasse 21—60 wanderten nach 1865 resp. 7 Männer und 5 Frauen aus, in den Jahren 1836—65 also nur 3 Männer und 3 Frauen. Von den 1012 bekannten Taubstummten in dieser Altersklasse waren 565 Männer und 447 Frauen; es kommen also auf 100 taubst. M. 1,7 ausgewanderte M., auf 100 taubst. F. gleichfalls 1,7 ausgewanderte F.

2) Dritte Reihe, Nr. 106, 1890.



trunkenen war das Verhältniß sogar wie 8 : 1. Die meisten dieser Unglücksfälle kommen bei Gewerben vor, an denen sich die Taubstummen selbstverständlich nicht oder nur in geringem Grade beteiligen [Schiffahrt, Fischfang].<sup>1)</sup> Nimmt man das Jahr 1868 mit 1 053 Todesfällen durch Verunglücken als Normaljahr an, so waren unter den 1 053, die umkamen, 842 Personen in der Altersklasse von 21—60, nemlich 720 Männer und 112 Frauen, d. h. 6,4 Procent ihres Gesamtverlustes; davon ertranken 526 Männer und 30 Frauen, nemlich beim Fischfang 133 Männer, Schiffahrt 71 Männer, Bootfahrt 200 Männer und 5 Weiber, sonst 122 Männer und 25 Frauen. Rechnet man die Selbstmörder mit, 69 M. und 38 F., so beläuft sich die Anzahl auf 799 M. und 150 F., d. h. 7,2 % aller Verluste in der Altersklasse; dabei ist das Verhältniß des männlichen Geschlechts zum weiblichen wie 100 : 18, also ein männlicher Verlustüberschuss von 649 Personen mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 5,26 %. Hiervon kann man annehmen, dass ca. 406 M. und 43 F. für die Taubstummen nicht in Betracht kommen, nemlich die Selbstmörder, die Seeleute und die bei »Bootfahrt« Ertrunkenen, sowie die Hälfte der Fischer.<sup>2)</sup> Mit einer Verhältniszahl von 100 M. zu 10,5 F. giebt das einen männlichen Verlustüberschuss von 363 Personen und der Einfluss auf die Verhältniszahl ist = 2,94 %, welche den Taubst. als entsprechend verminderter Abgang zugute kommen. Der Einfluss, welchen die jährliche *Desertion* von Seeleuten auf die allgemeinen Bevölkerungsverhältnisse ausübt, fällt gleichfalls für die taubstumme Bevölkerung weg. Die *Desertion* betrug für die Jahre 1866—85 durchschnittlich 1 155, mit Abzug der nach Hause zurückgekommenen ca. 600 pr. Jahr<sup>3)</sup> oder 1,03 % der durchschnittlichen Besatzung für die Jahre 1871—76. Nach demselben Verhältniß sollte die Anzahl der Deserteure minus der zurückgekehrten Seeleute für die Jahre 1836—65 durchschnittlich 240 jährlich betragen, davon 146 in der Altersklasse von 21—60. Für die Jahre 1836—85 also im Durchschnitt jährlich 327. Für ungefähr den gleichen Zeitraum

<sup>1)</sup> Unter 702 männlichen Taubst. über 15 Jahr gab es 1885 nur 1 Seemann (Namsos) und 19 Fischer, zus. 2,8 %.

<sup>2)</sup> Von der gesamten männlichen Bevölkerung über 15 Jahr machten die Fischer im Jahre 1875 etwas über 5 % aus, also verhältnißmäßig ungefähr das Doppelte der entsprechenden Klasse in der Taubstummenbevölkerung.

<sup>3)</sup> Officielle Statistik von Norwegen, 3te Reihe, Nr. 106, Seite 115 und Nr. 68, Seite XXIV.



(1872—81) betrug die durchschnittliche Anzahl *im Ausland verstorbener Norweger* (wesentlich Seeleute) in den Altersklassen 16—60: 213, davon in der Altersklasse 21—60: 165 oder 27,5 % von 600. Nach demselben Verhältnis müsste die durchschnittliche Anzahl Tödt für die Jahre 1836—85 ca. 104 betragen, der durchschnittliche Verlust durch Desertion und Tod von Seeleuten im Ausland in diesen Jahren also zusammen 430 pr. Jahr oder 3,2 % des durchschnittlichen Bevölkerungsverlustes in diesen Jahren und in derselben Altersklasse mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 3,49 %. Die Zahl ist jedenfalls zu niedrig, aber die vorliegenden Angaben gestatten keine genauere Untersuchung der Zeitraume 1825—36 und 36—65.

Endlich dürfte der *Einfluss der einzelnen Krankheiten auf das Procentverhältnis der zwei Geschlechter* innerhalb der Taubstummenbevölkerung, soweit die Krankheiten allgemeine Todesursachen sind, wegen der eigentümlichen Lebensverhältnisse der Taubstummen etwas von dem gewöhnlichen abweichen.

In wie weit diese Lebensverhältnisse die Taubstummen weniger der *Lungenentzündung* aussetzen, die durch angestrengte Arbeit unter starkem Temperatnrwechsel hervorgerufen wird, lässt sich freilich für jetzt nicht bestimmt nachweisen, ist aber an sich kaum unwahrscheinlich. Jedenfalls müssen nemlich die verschiedenen Umstände der Arbeit als Ursache des bedeutenden Übergewichts der Anzahl lungenkranker Männer über die der Frauen angesehen werden. Von 92 138 von Ärzten behandelten Lungenentzündungen in den Jahren 1872—88 waren 52 125 bei Männern, 40 013 bei Frauen, davon in der Altersklasse über 15 Jahr resp. 34 529 und 25 300 d. h. wie 100 Männer zu 73,2 Frauen. Von 23 221 angemeldeten Todesfällen an Lungenentzündung im Zeitraum 1872—88 incl. waren 13 185 männliche und 10 036 weibliche [oder durchschnittlich 1 365 (8,8 %) pr. Jahr, 775 M. und 590 F.]. Es kommen also auf 100 an Lungenentzündung verstorbene Männer nur 76 an derselben Ursache verstorbene Frauen. Für die 9 324 davon, welche auf die Altersklasse 21—60 fallen, ist das Verhältnis sogar wie 5 710 M. zu 3 614 F. [durchschnittlich pr. Jahr also 548 (10,7 %, 336 M. und 212 F.)] oder wie 100 M. zu 63 F. Welche bedeutende Rolle diese Krankheit überhaupt unter den Todesursachen in den genannten Lebensjahren spielt, geht aus folgendem hervor: in den Jahren 1879—88 war die durch-

schnittliche jährliche Anzahl angemeldeter Todesfälle an Lungenentzündung 1457 (6), nemlich 820 M. und 637 F. oder ein Verhältnis wie 100:77. Ihre Verteilung auf die verschiedenen Altersklassen ist in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 4.

Altersklasse.	Anzahl.		Verhältniszahl.		Sämtliche v. d. Ärzten angemeldete Todesfälle.		Verhältniszahl.		
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
<i>a)</i>									
16—20 Jahr . . .	19	12	100	63	301	331	100	109	
21—30 » . . .	49	29	100	59	717	773	100	107	
31—40 » . . .	62	45	100	72	538	721	100	134	
41—50 » . . .	85	60	100	70	565	599	100	105	
51—60 » . . .	139	82	100	59	789	670	100	84	
<i>b)</i>									
21—40 Jahr . . .	111	74	100	66	1255	1494	100	11	
41—60 » . . .	224	142	100	63	1354	1269	100	93	
<i>c)</i>									
21—60 Jahr . . .	335	216	100	64	2609	2763	100	105	
			Sämtliche Todesfälle in den Jahren 1876—85 in denselben Altersklassen.				Verhältniszahl.		
			M.		F.		M.		F.
<i>a)</i> . . . . .			577		486		100		92,2
			1161		1065		100		91,7
			814		1002		100		123,0
			884		926		100		104,7
			1251		1154		100		92,2
<i>b)</i> . . . . .			1976		2067		100		104,6
			2134		2080		100		97,4
<i>c)</i> . . . . .			4110		4147		100		100,9

In der Altersklasse 21—60 sind also 10,2 % der angemeldeten Todesfälle solche durch Lungenentzündung, wovon 36 % mehr M. als F. In Wirklichkeit ist der Unterschied noch grösser, ca. 40 %, indem, wie die Tabelle zeigt, von den Ärzten im ganzen verhältnismässig mehr weibliche Todesfälle im Vergleich mit männlichen angemeldet worden sind, als die wirkliche Verhältniszahl ausweist.<sup>1)</sup> Also wenn man annehmen darf, dass bei den nicht angemeldeten Todesfällen das Verhältnis dasselbe ist, beträgt im Durchschnitt der jährliche Verlustüberschuss der Männer 119 Personen, was die Verhältniszahl um 0,97 % beeinflusst, die vielleicht, und zum Teil jedenfalls, für die Taubstummen wegfallen.

Die übrigen Krankheiten, welche in diesen Lebensjahren mehr Männer als Frauen dahinraffen, sind Schlaganfälle (*Apoplexia cerebialis*), Typhöidfieber, Gehirnentzündung und Nierenentzündung. Aber die Gesamtzahl *der Schlaganfälle* übersteigt in einem Zeitraum von 17 Jahren (1872—88) durchschnittlich nicht 433 jährlich oder 2,8 % der angemeldeten Todesfälle, davon 230 Männer und 202 Frauen, d. h. wie 100 M. zu 87 F. In der Altersklasse 21—60 war die Zahl durchschnittlich 111 (2,1 %), 63 M. und 48 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:76. Von diesen entfällt wieder über die Hälfte auf die Altersklasse 51—60, nemlich 37 M. und 31 F. Der Abgang an Männern im Verhältnis zu Frauen wird also durch die Krankheit nur wenig erhöht, nemlich 15 Personen jährlich, was die Verhältniszahl um 0,12 % beeinflusst (cf. Anm. S. 7). Es ist auch kein Grund anzunehmen, dass taubstumme Männer seltener von Schlaganfällen getroffen würden.<sup>2)</sup>

Ähnlich steht es mit dem *Typhöidfieber*. Hier ist für denselben Zeitraum im Durchschnitt die jährliche Anzahl 269 oder 1,8 % der angemeldeten Todesfälle, davon 140 M. und 129 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:92. Davon kommen auf die Altersklasse 21—60: 156 oder 3 % der aus dieser Klasse angemeldeten Todesfälle, wovon 85 M. und 71 F., d. h. ein Verhältnis wie 100 zu 83. Der wirkliche Procentsatz ist aber hier eher 2 (1,8), indem er im Verhältnis zu sämtlichen Todesfällen berechnet werden muss. Die Krankheit gehört nemlich zu

<sup>1)</sup> Die Anzahl der von Ärzten angemeldeten Todesfälle beträgt in den genannten 10 Jahren etwas über 50 % aller Todesfälle.

<sup>2)</sup> Die häufigsten Ursachen zu Apoplexie in der ersten Hälfte dieser Altersklasse sind wol Trunksucht und Syphilis.

denjenigen, die nach dem Sunitätsgesetz der öffentlichen Behandlung unterliegt, wesshalb gewiss die weit überwiegende Anzahl von Ärzten angemeldet wird. Der auf die Männer entfallende Verlustüberschuss ist also hier 14 Personen und beeinflusst die Verhältniszahl um 0,11 % (vgl. Anm. auf S. 7); auch ist kein Grund die Taubstummen auszuschliessen.

Das nemliche gilt von 2 (3) anderen Krankheiten, wo das männliche Übergewicht durchgängig und wesentlich ist, nemlich *Gehirnentzündung*: Meningitis simplex und M. tuberculosa sowie Nierenentzündung (Nephritis). Für die 2 ersteren ist im Durchschnitt die jährliche Anzahl 99 bei dieser Altersklasse, d. h. 1,9 % der von dieser Klasse angemeldeten Todesfälle, davon 54 M. und 44 F. (die übrigen unbestimmt), d. h. ein Verhältnis wie 100:81. Das giebt also einen männlichen Verlustüberschuss von 10 Personen<sup>1)</sup> und beeinflusst die Verhältniszahl um 0,08 % (cf. Anm. S. 7). Die jährliche Zahl der *Nierenentzündungen* beträgt im Durchschnitt 289, d. h. 1,8 % der angemeldeten Todesfälle, davon 156 M. und 132 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:82. Das giebt also einen männlichen Verlustüberschuss von 15 Personen, mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 0,12 % (cf. Anm. S. 7). Bei keinem dieser Zusätze hat man Veranlassung die Taubstummen auszunehmen.

*Auswanderung, Unglücksfälle und Desertion mitgerechnet, bewirken diese Verluste zusammen einen männlichen Verlustüberschuss in der Altersklasse 21—60 = 14,82 %<sup>2)</sup>, wovon ca. 1,45 % [d. h. ein Teil der Unglücksfälle (s. S. 8), die Hälfte der Lungenentzündungen und die übrigen genannten Krankheiten], höchstens 1,94 % (ein Teil der Unglücksfälle + Lungenentzündung n. s. w.) die taubstumme Bevölkerung treffen dürfte.*

<sup>1)</sup> Für *alle* Altersklassen ist die Anzahl von Meningitis simplex durchschnittlich 353 oder 2,2 % der angemeldeten Todesfälle, davon 194 M. und 159 F., d. h. ein Verhältnis wie 100 zu 81. An Meningitis tuberculosa ist die Durchschnittszahl 490 oder 3,1 %, davon 260 M. und 230 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:88.

<sup>2)</sup>

Auswanderung . . . . .	1,67 %
Unglücksfälle . . . . .	5,26 "
Desertion und Tod im Ausland . . . . .	3,49 "
Lungenentzündung . . . . .	0,97 "
Apoplexie . . . . .	0,12 "
Nephritis . . . . .	0,12 "
Typhoidfieber . . . . .	0,11 "
Gehirnentzündung . . . . .	0,08 "

Zusammen 14,82 %

Von den Todesursachen innerhalb derselben Lebensperiode, welche vorzugsweise die Frauen treffen, sind die wichtigsten: Kindbett (Puerperium), Lungentuberkulose, Krebs, Herzfehler und Bauchfellentzündung (Peritonitis).

Die jährliche Anzahl Todesfälle an den durch *Kindbett* hervorgerufenen Krankheiten betrug für die Periode 1874—88 incl. durchschnittlich 256, <sup>1)</sup> davon in der Altersklasse 21—60: 251 d. h. ca. 2,8 % der aus dieser Klasse angemeldeten Todesfälle, mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 2,07 %. Da die Ehen innerhalb der taubst. Bevölkerung bedeutend seltener sind als innerhalb der gesamten Bevölkerung, und da der Stand der Sittlichkeit bei dem ledigen weiblichen Teil vielleicht als etwas besser als der allgemeine gelten darf, wegen des Schutzes, den ihr Gebrechen ihnen bietet, muss obiger Procentsatz für die Taubst. sicherlich reducirt werden z. B. um die Hälfte.

Die jährliche Anzahl Todesfälle an *Auszechnung* betrug für die Jahre 1872—88 incl. im Durchschn. 2 406, <sup>2)</sup> d. h. 15,5 % der in demselben Zeitraum angemeldeten Todesfälle (durchschnittlich 15 448), davon 1 097 M. und 1 809 F., d. h. ein Verhältnis wie 100 zu 119. Davon kommen auf die Altersklasse 21—60 1 721 Fälle, d. h. 19,3 % des gesamten Verlustes, 801 M. und 920 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:114, also ein weiblicher Verlustüberschuss von 119 Personen, mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 0,97 %.

Die jährliche Anzahl Todesfälle an *Krebs* betrug in denselben Jahren im Durchschn. 806, d. h. 5,2 % der angemeldeten Todesfälle, davon 401 M. und 405 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:101. Auf die Altersklasse 21—60 kommen davon 385 oder 4,3 % des Gesamtverlustes, wovon 181 M. und 204 F., d. h. ein Verhältnis wie 100 M. zu 112 F., also ein weiblicher Verlustüberschuss von 23 Personen, der die Verhältniszahl um 0,18 % beeinflusst. Für das Jahrzehnt 1879—88 war die Anzahl 944 oder 5,6 %, davon in der Altersklasse 21—60: 438 oder 4,6 % des Gesamtverlustes, mit einem Verhältnis zwischen den Geschlechtern wie 100 M. zu 113 F.

<sup>1)</sup> Für die Jahre 1879—88 durchschn. 239.

<sup>2)</sup> In den Jahren 1879—88 durchschn. 2659 oder 15,8 % der angemeldeten Todesfälle (100 M. zu 119 F.). Davon in der Altersklasse 21—60: 1 718 Fälle, d. h. 18,3 % (100 M. auf 116 F.).

Die jährliche Anzahl Todesfälle an *Herzfehlern* belief sich in den Jahren 1872—88 auf durchschn. 431 oder 2,7 % der angemeldeten Todesfälle, darunter 205 M. und 226 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:110. In der Altersklasse 21—60 war die Anzahl 188 oder 2,06 % des Gesamtverlustes, darunter 88 M. und 100 F., also ein Verhältnis wie 100 M. zu 113 F. und ein weiblicher Verlustüberschuss von 12 Personen, der die Verhältniszahl um 0,09 % beeinflusst. Für das Jahrzehnt 79—88 war die Anzahl 498 oder 2,9 %, davon in der Altersklasse 21—60: 218 oder 2,29 %, worunter 96 M. und 122 F., d. h. ein Verhältnis wie 100 M. zu 127 F., also ein weiblicher Verlustüberschuss von 26 Personen, mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 0,21 %.

Die jährliche Anzahl Todesfälle an *Peritonitis* belief sich für die Jahre 1872—88 auf durchschn. 225, d. h. 1,5 % der angemeldeten Todesfälle, darunter 111 M. und 114 F., oder ein Verhältnis wie 100 M. zu 102 F. Auf die Altersklasse 21—60 entfallen davon 121 oder 1,3 %, <sup>1)</sup> darunter 57 M. und 64 F., d. h. ein Verhältnis wie 100:112, also ein weiblicher Verlustüberschuss von 7 Personen, mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl = 0,05 %.

Die übrigen Krankheiten, die in bemerkenswerthem Maasse Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben, wie acute und chronische Bronchit, kommen für diese Altersklasse weniger in Betracht und scheinen keine Vorliebe für eines der Geschlechter zu haben. Sie sind deshalb hier nicht mit in Rechnung gezogen. Andre, wie Scharlachfieber, Masern, Diphtheritis, Croup, Cerebrospinal-Meningit, Convulsiones infantum (Meningitis simplex und Meningitis tuberculosa), Tussis convulsiva, Diarrhöe und Rachit, sind bekanntlich ausschliesslich oder vorzugsweise Kinderkrankheiten und sollen später bei Gelegenheit der erworbenen Taubstummheit besprochen werden.

Im Ganzen geben also diese Krankheiten einen weiblichen Überschuss an Todesfällen von zusammen 3,36 %, wovon wahrscheinlich 2,33 % auch die taubstumme Bevölkerung betreffen. In Wirklichkeit ist der weibliche Verlustüberschuss grösser, indem der jährliche Verlust durch Todesfälle minus Unglücksfälle und Selbstmord 361 beträgt (vgl. S. 7 Anm.), während obige Krankheiten nur einen Überschuss von 244 gaben.

<sup>1)</sup> Für das Jahrzehnt 79—88 auch 1,3 %, mit einer Verhältniszahl wie 100 zu 120.

Rechnet man die übrigen 117 Personen dazu, die die Verhältniszahl um 0,95 % beeinflussen, so ergibt sich ein weiblicher Verlustüberschuss an Todesfällen von zusammen 4,31 %, wovon vielleicht 3,28 % auch die taubst. betreffen. *Während also in der gesamten Bevölkerung in der Altersklasse 21—60 ein durch die obgenannten Faktoren bewirkter männlicher Verlustüberschuss von 10,51 % ist, ist in der taubst. Bevölkerung derselben Altersklasse ein weiblicher Verlustüberschuss von 0,39—0,88 %.* Das Resultat stimmt, wie man sieht, gut mit den in der Tabelle 3 angegebenen Verhältniszahlen, die für die gesamte Bevölkerung in der Altersklasse 21—60 wie 100 M. zu 109,1 F. (cf. S. 7, Anm.) sind.

Dagegen ist der erwähnte Verlustüberschuss taubstummer Frauen bei weitem nicht ausreichend, um das grosse Übergewicht taubstummer Männer in der Altersklasse zu erklären<sup>1)</sup>, welches schon in der Altersklasse 16—20 (siehe Tabelle 3) zu Tage tritt. Falls man davon ausgehen darf, dass hier ein stetiges Verhältnis vorliegt, wofür viel spricht, was aber erst wiederholte spätere Untersuchungen entscheiden können, muss der Grund in einer *relativ grösseren Sterblichkeit unter den weiblichen Taubstummen innerhalb der Altersgruppe liegen, und die Ursache kann nach vorstehenden Mittheilungen nur Tuberculose sein.*

Untersucht man nun das Verhältnis für die Altersklasse 16—20 gegenüber denselben verlustbringenden Einflüssen, so ist das Resultat folgendes:

---

<sup>1)</sup> Die Verhältniszahl ist wie 100 M. zu 79,3 F.

Tabelle 5.

	Anzahl Todesf. durchschn. per Jahr f. d. Jahre 72—88.		Procente angemelderter Todesf. in der Altersklasse (591).	Verhältniszahl zw. d. Geschl.		Verlustüberschuss.	
	M.	F.		M.	F.	M.	F.
Longentzündung . . . . .	19	12	5,2 %	100	63	7	—
Meningitis simplex . . . . .	14	11	4,2 „	100	78,5	3	—
Meningitis tuberculosa (Apoplexie) . . . . .	10,9	10,2	3,5 „	100	93	0,7	—
(Nephritis) . . . . .	1	0,5	—	—	—	—	—
Febris typhoidea . . . . .	6,1	6,3	(2 „)	(100)	(103)	—	—
Peritonitis . . . . .	20	21	6,9 „	100	105	—	1
(Cancer) . . . . .	6,9	8	2,5 „	100	115	—	1,1
Vitia org. cordis . . . . .	0,7	0,8	—	—	—	—	—
Tuberculosis pulmonum	12	16	4,7 „	100	133	—	4
	111	158	45,5 „	100	142	—	47
Zusammen 10(7) M. ÷ 53(1) F.							
1866—85.	Durchschnittl. pr. Jahr.		Procent des Verlustes der Altersklasse (2971).	Verhältniszahl.		Verlustüberschuss.	
	M.	F.		M.	F.	M.	F.
Ausgewandert . . . . .	1072	671	58,6 %	100	62,5	401	—
Desertierte minus zuruckgekehrte . . . . .	257	—	8,6 „	—	—	257	—
Unglücksfälle (1868) <sup>1)</sup>	121	13	4,5 „	100	14,7	107	—
Selbstmorde . . . . .	—	1	—	—	—	—	—
Verstorben im Ausland	45	—	1,5 „	—	—	45	—
Gesamte Anzahl Todesfälle durchschnittl. (Unglücksfälle abgerechnet) . . . . .	363	429	26,6 „	100	118,7	—	66
Zusammen 810 M. minus 66 F.							

<sup>1)</sup> Vgl. l. c. Seite 150, 152 und 160. Es kamen nun (einschliesslich erdrückte Kinder) 1856—60: 4 190 M. und 789 F.; davon, berechnet nach Angaben für 1876—85, im Alter von 16—20 Jahren 442 M. (10,5 %) und 65 (8,2 %) F., oder zusammen 10,1 %. Speciell durch Ertrinken kamen 3 105 M. und 370 F. nm, hiervon berechnet im Alter von 16—20 Jahren 326 M. und 30 F., oder pr. Jahr 65 M. und 6 F.



Also ein Übergewicht auf dem Verlustconto der Knaben von 744 Personen, mit einem Einfluss auf die Verhältniszahl (s. Tabelle 3) = 1,8 %. Davon kommen auf Auswanderung 0,97 %, desertierte minus heimgekehrte plus im Auslande verstorbene 0,73 %, Unglücksfälle minus Selbstmorde 0,26 %, Todesfälle:  $\div 0,16$  %, [nach der Proportion 744 (810 minus 66): dem einzelnen Addenden z. B. 401 = der Verhältniszahl (der Unterschied zwischen den Verhältniszahlen von 2 auf einander folgenden Altersklassen = dem Verlustüberschuss, in Procenten ausgedrückt, hier 1,8): x]. Auch in dieser Altersklasse starben also an Krankheiten mehr weibliche als männliche Personen, und der weibliche Verlustüberschuss ist auch hier in Wirklichkeit grösser, als die Medicinalstatistik angiebt (ca. 42 Personen statt 66). Aber vom angeführten männlichen Verlustüberschuss fallen, wie erwähnt, bei den Taubstummen die für Auswanderung, Desertion und Todesfälle im Auslande aufgeführten Beträge weg, wie auch von Unglücksfällen ca. 0,10 % (siehe die früher angeführte Berechnung), zusammen 1,80 %, um welchen Betrag der Abgang an männlichen Taubst. zu vermindern ist. *Es ergibt sich hier also ein Übergewicht auf Seiten der Männer = 0 %.* Die Zahlen stimmen mit den früher in Tabelle angegebenen Verhältniszahlen, für die gesamte Bevölkerung im Alter von 11—15 Jahren: 100 M. zu 96,7 F., im Alter von 16—20 Jahren: 100 M. zu 98,5 F. oder ein männlicher Verlustüberschuss von 1,8 %. Für die taubstummgeborene Bevölkerung in den selben Altersklassen ist das Verhältnis wie resp. 100 : 105,6 und 100 : 90,6 oder ein weiblicher Verlustüberschuss von 15 %. *Die erwähnte vermuthete grössere Sterblichkeit weiblicher Taubstummer als der übrigen weiblichen Bevölkerung scheint also schon mit dem Alter von 15 Jahren einzutreten und muss aller Wahrscheinlichkeit nach durch Tuberculose bewirkt sein* (vgl. Tabelle 5). Mit andern Worten, Männer haben sich verhältnismässig häufiger an den Arzt gewandt als Frauen, und zwar wahrscheinlich gerade bei der Krankheit, die in überwiegendem Grade den Verlustüberschuss bedingt, nemlich Tuberculose.

Untersucht man endlich das Verhältnis für die Altersklasse 0—15 Jahre, sowie speciell für die Altersklassen 0—5, 6—10 und 11—15 Jahr, gegenüber denjenigen Krankheiten und andern Verlusten, die für diese Jahre in Betracht kommen, so ergibt sich umstehende Tabelle:

Tabelle 6.

K r a u k h e i t.	Altersklasse 0—5.			Altersklasse 6—10.		
	Durchschn. jährliche Anzahl von Ärzten angemeldeter Todesfälle für die Jahre 1872—88.		Verhältniszahl zwischen den Geschlechtern.	Durchschn. jährliche Anzahl Todesfälle für 1872—88.		Verhältniszahl zwischen den Geschlechtern.
	M.	Fr.		M.	Fr.	
1. Meningitis simplex . . . . .	86,8	71,2	—	26,6	23,0	—
2. „ tuberculosa . . . . .	157,5	139,1	—	53,7	47,0	—
3. „ cerebro-spinalis . . . . .	3,1	2,2	—	2,6	2,7	—
4. Convulsiones infantum . . . . .	168,6	129,7	—	1,5	1,5	—
5. Rachitis . . . . .	30,1	21,6	—	1,1	0,8	—
6. Bronchitis acuta . . . . .	258,8	217,5	—	7,0	8,7	—
7. „ chronica . . . . .	6,1	5,8	—	0,8	0,6	—
8. Pneumonia crouposa . . . . .	144,1	120,9	—	16,6	16,2	—
9. „ catarrhalis . . . . .	19,3	17,5	—	0,2	0,2	—
10. Diarrhoea acuta . . . . .	247,0	226,0	—	6,4	7,2	—
	9,0	9,0	—	0,2	0,2	—

13. Febris typhoidea . . . . .	4,0	5,0	—	7,9	7,4	—
14. Morbilli . . . . .	66,6	67,8	—	10,4	11,9	—
15. Scarlatina . . . . .	293,5	263,0	—	106,7	91,1	—
16. Diphtheritis . . . . .	175,7	172,0	—	76,2	87,0	—
17. Croup . . . . .	106,8	89,7	—	23,9	20,4	—
18. Tussis convulsiva . . . . .	114,0	147,1	—	8,1	12,5	—
19. Tub. pulm. (et miliaris et alior. organum) . . . . .	53,7	49,1	—	26,2	42,7	—
20. Hydrocephalus . . . . .	13,5	7,2	—	1,2	0,4	—
21. Debilitas congenita . . . . .	133,0	109,0	—	0	0	—
22. Nephritis . . . . .	7,7	5,4	—	7,2	5,7	—
23. Hydrops . . . . .	3,9	1,6	—	2,7	2,2	—
24. Peritonitis . . . . .	11,1	8,1	—	4,7	6,9	—
25. Vitia conformationis . . . . .	6,1	4,5	—	0	0	—
26. Vitia cordis . . . . .	5,4	5,3	—	6,8	7,2	—
Zusammen	2156,4	1921,2	M. 100 F. 89	401,4	406,3	M. 100 F. 101,2
(Gesamtaunne von Ärzten angemeldeter Todesfälle):	(2366	2094)	(100 88,5)	(441	442)	(100 100,2)

Tabelle 6 (Forts.).

K r a n k h e i t.	Altersklasse 11—15.			Altersklasse 0—15.			Verhältniszahl zwischen den Geschlechtern.		Überschuss des Verlustes.		
	Durchschn. jährliche Anzahl Todesfälle für 1872—88.	Verhältniszahl zwischen den Geschlechtern.		Durchschn. jährliche Anzahl Todesfälle für 1872—88.	Proc. der v. Arzt. gem. Todesursachen durchschn. für 72—88.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
		M.	Fr.								
1. Meningitis simplex . . . . .	18,1	16,0		131,5	110,2	4,15	100	83,73	21,3	—	—
2. „ tuberculosa . . . . .	23,0	19,4	(Beh. 1878—76)	234,2 241,8	205,5 212,4	7,55	100	87,74 (87,8)	28,7	—	—
3. „ cerebro-spinalis . . . . .	2,9	2,2		8,6	7,1	0,26	100	82,56	1,5	—	—
4. Convulsionen infantum . . . . .	0,2	0,1		170,3	131,3	5,18	100	77,10	39	—	—
5. Rachitis . . . . .	0	0		31,2	22,4	0,92	100	71,79	8,8	—	—
6. Bronchitis acuta . . . . .	2,2	2,4		268,0	228,6	8,63	100	85,30 (100)	39,4	—	—
7. „ chronica . . . . .	0,4	0,2	(Beh. 1885—88)	12271 7,3	12036) 6,6	0,23	100	90,41	0,7	—	—
8. Pneumonia eruposa . . . . .	9,5	9,3		170,2	146,4	5,43	100	86,0	23,8	—	—
9. „ catarrhalis . . . . .	0	0		19,5	17,7	0,63	100	90,77	1,8	—	—
10. Diarrhoea acuta . . . . .	1,9	2,1	(Erkrankte)	255,3 5444	235,3 4333	8,42	100	92 (100)	20,0	—	—
11. „ chronica . . . . .	0,3	0,1		4,0	3,9	0,13	100	97,5	0,1	—	—
12. Gastroenteritis . . . . .	1,3	1,5		40,5	36,6	1,32	100	90,37	3,9	—	—



Tabe

Altersklasse 0—5.	Verhältniszahl d. Geschlecht.	% des Gesamt- verlustes der Altersklasse.	Altersklasse 6—10.	Verhältniszahl d. Geschlecht.	% des Gesamt- verlustes der Altersklasse.
Ausgewanderte 1872—88 durchschnittlich per Jahr 846 M. —1120 Fr.	100— 135,4	16,8 Verlustüberschuss v. Fr. 274; Einfl. auf die Verhält- niszahl = minus 1,16.	420 M.—497 Fr.	100— 118,3	36,1 Verlustüberschu v. Fr. 77 Per
Unglücksfälle (+ Selbstmord) 1876—88 durch- schnittlich per Jahr 69 M.—36 Fr.	100— 52,1	0,90 Verlustüberschuss v. M. 23; Einfl. auf die Verhält- niszahl = 0,14.	47 M.—14 Fr.	100— 29,8	24 Verlustüberschu v. M. 33.
Gesamtzahl der Todesfälle 1871 —87 durchschnitt- lich per Jahr (ab- gerechnet Ungl- fälle) 5156 M.— 4419 Fr.	100— 85,7	82,2 Verlustüberschuss v. M. 737; Einfl. auf die Verhält- niszahl = 3,12.	770 M.—792 Fr.	100— 102,8	61,5 Verlustüberschu v. Fr. 22.
Gesamtverlust in der Altersklasse durchschnittlich per Jahr 11646.	—	Gesamter Verlust- überschuss v. M. 496; Einfl. auf d. Verhältniszahl = 2,1.	Gesamtverlust in der Altersklasse durchschnittlich per Jahr 2540.	—	Gesamter Verlus überschuss v. F 66 Personen.

Es ist also für die Altersklasse 0—15 ein Verlustüberschuss auf Seite der Knaben, der sich auf 349 Personen beläuft. Aber dies schreibt sich ausschliesslich von der Altersklasse 0—5 her, wo der Verlustüberschuss der Knaben ganze 496 Personen beträgt, während in den folgenden Altersklassen ein steigendes weibliches Verlustübergewicht (resp. 66 und 81 Personen) stattfindet, was aber wegen der kleinen Zahlen keinen grossen Einfluss auf die gesamte Altersgruppe hat. Dagegen zeigt die Auswanderung in allen Altersklassen, und am meisten in der ersten, ein weibliches Übergewicht. Die Tabelle zeigt auch, dass die Medicinalstatistik schon jetzt mit ihren ca. 50 % angemeldeten Todesfällen ein ziemlich zuverlässiges Bild der wirklichen Verhältnisse giebt, indem die Übereinstimmung zwi-

Altersklasse 11—15.	Verhältnisszahl d. Geschlecht.	% des Gesamt- verlustes der Altersklasse.	Altersklasse 0—15.	Verhältnisszahl d. Geschlecht.	% des Gesamt- verlustes der Altersklasse.
98 M.—464 Fr.	100— 116,6	50,8 Verlustüberschuss v. Fr. 66.	1664 M.—2081 Fr.	100— 125	23,6 Verlustüberschuss v. Fr. 417; Ein- fluss auf die Ver- hältnisszahl = minus 2,03.
57 M.—12 Fr.	10— 21	4,3 Verlustüberschuss v. M. 45.	173 M.—62 Fr.	100— 35,8	1,5 Verlustüberschuss v. M. 111; Ein- fluss auf die Ver- hältnisszahl = 0,54.
59 M.—419 Fr.	100— 116,7	45,5 Verlustüberschuss v. Fr. 60.	6285 M.—5630 Fr.	100— 89,6	74,9 Verlustüberschuss v. M. 655 Pers.; Einfl. auf die Ver- hältnisszahl = 3,19.
Gesamtverlust in der Altersklasse durchschnittlich per Jahr 1709.	—	Gesamter Verlust- überschuss v. Fr. 81 Personen.	Gesamtverlust in der Altersklasse durchschnittlich per Jahr 15895.	—	Gesamter Verlust- überschuss v. M. 349; Einfluss auf die Verhältnisszahl = 1,70 (s. Tabelle 3).

schen den in Tabelle 6 (die von den Ärzten angemeldeten Todesfälle) und Tabelle 7 (sämtliche Todesfälle) gefundenen Zahlen sehr gross ist. Nur ist auch für diese Altersklasse der wirkliche Verlustüberschuss grösser, als die specificierte Krankheitstabelle angiebt. Man muss hierbei beachten, dass gerade in der ersten Altersklasse (0—5 Jahre), welche die dominierende ist, die von den Ärzten angemeldeten Todesfälle nur 46,6 % der wirklichen ausmachen. Die Krankheiten, welche für den männlichen Verlustüberschuss die entscheidende Rolle spielen, sind, wie die Tabelle zeigt: Scharlachfieber, Gehirn-entzündung und Krämpfe bei Kindern, Bronchit, Lungen-entzündung, Croup und angeborene Schwäche. Das Gegen-  
gewicht des weiblichen Verlustes stellt sich wesentlich aus

Tuberculose und Keuchhusten, in geringerem Maasse aus Diphtheritis her. Dass die einzelnen Krankheiten die taubstumme Bevölkerung weniger als die übrige angreifen sollten, ist kein Grund anzunehmen. Dasselbe dürfte von Unglücksfällen gelten. Bei der Anwanderung hat man Ursache anzunehmen, dass Eltern mit taubstummen Kindern wegen deren Erziehung weniger geneigt sein dürften auszuwandern, obwohl es vorkommt (siehe oben Seite 7). In diesen Altersklassen dürfte der Wegfall dieses Faktors eine relative Vermehrung weiblicher Taubstummer bewirken, die 3,73 % entsprechen mag, was einigermaßen, wenn auch nicht erschöpfend, die gefundenen Verhältniszahlen erklärt.

Ganz anders verhält es sich dagegen mit der *erworbenen Taubstummheit*, wo der eben nachgewiesene *Abgang* durch Krankheit und Unglücksfälle — der, wie man annehmen muss, auf das Verhältnis zwischen den Geschlechtern hier ebenso einwirken muss wie bei der angeborenen Taubstummheit, — *ganz ungenügend ist zur Erklärung des ausserordentlichen Übergewichtes des männlichen Geschlechtes durch alle Altersklassen*<sup>1)</sup> (siehe Tabelle 3). — *Dies Verhältnis muss daher wesentlich auf einer grösseren Zunahme männlicher Taubstummer als weiblicher beruhen.* Dass dies wieder keine zufälligen, sondern ziemlich stetig wirkende Ursachen hat, scheint mit Bestimmtheit sowohl daraus hervorzugehen, dass dies Verhältnis in allen Lebensaltern durchgängig und ausgeprägt zu beobachten ist, als auch daraus, dass es ebenfalls in andern Ländern zu Tage tritt, aus welchen Untersuchungen über diesen Punkt vorliegen. So gab es nach WILHELM in der Provinz Pommern und im Regierungsbezirk Erfurt (Volkzählung von 1874/75) 1174 erworbene taubst. Männer gegen 987 erworbene taubst. Frauen, oder ein Verhältnis wie 100 M. zu 84 Fr. Für angeborene Taubstummheit stellte es sich wie 100 M. zu 91,2 Fr. (707 M. zu 645 Fr.). Im Regierungsbezirk Cöln war das Verhältnis nach Lent wie 100 erworb. taubst. M. zu 74,4 erworb. taubst. Fr., während es sich bei angeborener Taubstummheit wie 100 M. zu 89,4 Fr. stellte. Es handelt sich übrigens hier um kleine

<sup>1)</sup> Ausgenommen die Altersklasse 51—60, wo es sich aber um ganz kleine Zahlen handelt (15 M.—19 Fr.). Am grössten ist, wie man sieht, der Unterschied in den jüngeren Altersklassen; z. B. in der Altersgruppe 0—15 Jahr wie 100 M. zu 62,8 Fr.; in der Gruppe 15—30 wie 100 M. zu 69 Fr., also vom normalen Verhältnis eine Abweichung um durchschnittlich über 30 %.



Zahlen (im ganzen 303). In Sachsen war nach SCHMALTZ <sup>1)</sup> das Verhältniß wie 100 erworb. taubst. M. zu 83,2 erworb. taubst. Frauen, bei angeborener Taubstummheit wie 100 M. zu 93,6 Fr. <sup>2)</sup>

Untersucht man nun näher, wie das Verhältniß bei den einzelnen Krankheiten hervortritt, welche die erworbene Taubstummheit herbeiführen, so zieht es sich, dass sie so gut wie alle mit einem grösseren männlichen als weiblichen Kontingent teilnehmen, und dass dies besonders von allen denjenigen Krankheiten gilt, welche als Ursache der Taubstummheit die grösste Rolle spielen, wie folgende Tabelle nachweist:

<sup>1)</sup> SCHMALTZ's Zahlen umfassen übrigens auf der einen Seite nicht alle Taubstumme, indem zwischen  $\frac{1}{6}$  und  $\frac{1}{7}$  (von 1591 in Sachsen geborenen) zu »unbestimmter Taubstummheit« gehören, auf der andern Seite 126 Ausländer und Unbekannte. Diese abgerechnet, ist die Verhältnisszahl für erworbene Taubstummheit: 100 M. zu 88,7 Fr. (685 Fälle), für angeb. Taubstummheit wie 100 M. zu 98,5 Fr. (671 Fälle).

<sup>2)</sup> Dagegen giebt WILHELMI's Statistik für den Regierungsbezirk Magdeburg (l. c.), wenn die im Bezirk geborenen in Betracht gezogen werden, ein Resultat von 100 erworbene taubst. M. zu 93,6 erworbene taubst. Fr. (110 M. zu 103 Fr.), während es für angeborene Taubstummheit ist wie 100 M. zu 89,2 Fr. (140 M. zu 125 Fr.). In Nassau kamen nach MECKEL auf 100 erworbene taubst. M. 74,4 erworbene taubst. Fr. (86 M. zu 64 Fr.), während bei angeborener Taubstummheit das Verhältniß war wie 100 M. zu 77 Fr. (130 M. zu 101 Fr.), also nur ein geringer Unterschied. Aber auch hier sind die Zahlen niedrig. In beiden Statistiken ist zugleich die Anzahl geborener Taubstummer relativ gross im Verhältniß zu den erworbenen Taubstummen, wie denn auch noch andre Bedenken sich gegen die letztgenannte Statistik erheben. Endlich fand für Mecklenburg LEMCKE unter den taub geborenen mehr Frauen als Männer (106 M. zu 111 Fr. oder ein Verhältniß wie 100:104,7), unter den taub gewordenen dagegen wie gewöhnlich mehr Männer als Frauen (137 M. zu 129 Fr. oder ein Verhältniß wie 100:94,1).

Tabelle 8.

Krankheit.	Von 886 Fällen erw. Taubstumm- heit war die Krankheit Ursache an:	Verhältniszahl zwischen den Geschlechtern.		Beitrag der Krank- heit zum männ- lichen Überschuss innerhalb der erw. taubst. Bevölkerung.	
		M.	Fr.	M.	Fr.
Meningitis simplex & M. cerebrospinalis . . . . .	31,9 %	100	63,5	63	—
Scharlachf. . . . .	27,4 %	100	81,3	25	—
Otitis media . . . . .	7,7(8) %	100	50	23	—
»Unbekannte Krankheit» . . . . .	8,4 %	100	66,6	15	—
»Verkältung» . . . . .	2,03 %	100	28,5	10	—
Nervenfieber . . . . .	4,5 %	100	73,9	6	—
Trauma . . . . .	2,25 %	100	53,8	6	—
»Fieberkrankheit» . . . . .	1,4 %	100	70	7	—
Convulsiones inf. (Krampe)	1,69 %	100	50	5	—
Rachitis . . . . .	0,9 %	100	33,3	4	—
»Andre Ohrenkrankheit» . . . . .	2,59 %	100	76,9	3	—
Masern . . . . .	2,5 %	100	76,9	3	—
Lungenentzündung . . . . .	0,67 %	100	20	4	—
Hydrocephalus . . . . .	0,45 %	100	0	4	—
»Kopfweg» . . . . .	0,45 %	100	0	3	—
Diphtheritis . . . . .	0,22 %	100	0	2	—
»Schlagfluss» . . . . .	1,01 %	100	80	1	—
Suffocatio . . . . .	0,11 %	100	0	1	—
Dentitio difficilis . . . . .	0,33 %	0	100	—	3
Männlicher Überschuss zusammen				182	—

Von den übrigen Krankheiten tritt Keuchstunten (12 Fälle), »Schrecken» (4 Fälle) und »Krankheit im Kopf» (4 Fälle) mit gleichviel Männern und Frauen, die übrigen Krankheiten nur mit je einem Falle auf, was sich anhebt.

Es zeigt sich ferner, soweit man darüber Angaben besitzt, dass dieselben Krankheiten auch als allgemeine Leidens- und Todesursachen in stärkerem Grade das männliche Geschlecht als das weibliche treffen, wiewohl mit einzelnen Ausnahmen, wie aus folgender Tabelle hervorgeht (cf. Tabelle 6):

Tabelle 9.

Altersklasse 0—15 Jahre.	Die durch- schnittliche jährl. Anzahl von Ärzten behandelter Fälle (1878—88).	Verhältnis- zahl.		Die durchschn. jährliche Anzahl Todesfälle an dieser Krankheit (1872—88).	Verhältnis- zahl.		Verhältniszahl für die erw. taubstumme Fälle.	
		M.	Fr.		M.	Fr.	M.	Fr.
Meningitis . . . . .	242	100	80,4	242	100	83,8	100	66,4
» cerebrospin.	29,3	100	95,7	16	100	82,5	100	56,2
Scharlatina . . . . .	6255	100	99	1230,9	100	88,0	100	81,3
Typhus typhoidea . .	484,9	100	91,8	47,4	100	102	100	73,9
Rachitis . . . . .	1105,6	100	75,5	51,7	100	71,8	100	33,3
Perillitis . . . . .	4840,9	100	102,4	163,6	100	103,6	100	76,9
Pneumonia . . . . .	3056,7	100	83,2	316	100	85,9	100	20,0
				(Jahre 1874—88)				
Hydrocephalus . . . .	Angaben fehlen			23,2	100	52,5	100	0
Epilepsia convulsiva . .	5467	100	107,4	277	100	131,4	100	100
Jahre 1879—88)								

Die Ausnahmen bestehen in Keuchhusten und Masern, welche beide in verhältnissmässig geringerem Grade zur Taubstummheit in den verschiedenen Ländern beitragen. An beiden genannten Krankheiten erkranken und sterben mehr Mädchen als Knaben. An Typhoidfieber erkranken etwas mehr Mädchen, doch sterben mehr Knaben. Aber der Unterschied ist unbedeutend und vielleicht zufällig. An Scharlachfieber erkranken ungefähr gleich viele von beiden Geschlechtern, doch sterben überwiegend mehr Knaben. Bei Cerebrospinalmeningitis ist nur ein schwaches männliches Übergewicht. Am grössten ist die Übereinstimmung bei den verschiedenen Gehirnerkrankheiten und bei Lungenentzündung, nur dass das männliche Übergewicht bei der dadurch bewirkten Taubstummheit noch weit mehr hervortritt als ohne sie. Es muss auch hervorgehoben werden, dass das Verhältnis bei der genuinen Otitis media am stärksten hervortritt, wenn man von Rachitis und Lungenentzündung absieht, wo die Zahlen sehr niedrig sind.

Dieser Umstand, dass die verschiedenen Krankheiten, darunter auch einzelne epidemische, eine Vorliebe für eines der Geschlechter zeigen ist an sich sehr merkwürdig, bisher sehr wenig beachtet und, soviel ich weiss, auch nicht statistisch nachgewiesen, ausser bei ganz vereinzeltten Krankheiten und mit sehr niedrigen Zahlen (DELORME, ROBIN). Zu den vorzugsweise *männlichen* Krankheiten gehören in erster Linie die verschiedenen Formen von *Gehirnentzündung* (meningitis simplex und tuberculosa), *Lungentzündung* und *Rachitis*, zu den vorzugsweise weiblichen im wesentlichen *Tuberculose* und *Keuchhusten*. Ziemlich neutral sind dagegen Scharlachfieber und Cerebrospinalmeningit, Typhoïdfieber und Masern, jedoch so, dass an Typhoïdfieber und Cerebrospinalmeningitis etwas mehr Knaben, an Masern etwas mehr Mädchen erkrankt sind. Aber der Unterschied ist nicht so gross, dass er nicht auf Zufall beruhen könnte. Dagegen ist er bei den früher genannten Krankheiten zu bedeutend und zu stetig dazu, wie er sich denn auch in allen Altersklassen gleich verhält.

Endlich hat BÜRKNER für Ohrenkrankheiten einen durchgängig höheren Procentsatz männlicher Erkrankter nachgewiesen.

Während sich also diese Vorliebe für ein einzelnes Geschlecht, und zwar meist das männliche, in der Morbiditätsstatistik noch auf einzelne Entzündungskrankheiten beschränkt zeigt, tritt sie in der Mortalitätsstatistik desto stärker hervor und zwar als verbreitet über die meisten ansteckenden Fieberkrankheiten, dabei überwiegend mit der Mehrzahl auf männlicher Seite, aber auch hier mit Ausnahme von Keuchhusten und Tuberculose (s. Tabelle 6). Am stärksten tritt die Vorliebe indessen, wie schon erwähnt, in der Statistik der Taubstummen zu Tage, wo das Übergewicht bei allen Krankheiten ausser tussis convulsiva auf männlicher Seite ist.

Über die Ursachen dieser Verhältnisse liegt, soviel ich weiss, in der Literatur nichts bestimmtes vor. SCHMALTZ citirt CARUS,<sup>1)</sup> der von einer stärkeren Entwicklung der fötalen Gehörorgane beim männlichen Geschlecht und einer darans folgenden grösseren Neigung zu pathologischen Processen redet. MYGIND<sup>2)</sup> erwähnt die Thatsache, dass Gehirnkrankheiten und

<sup>1)</sup> System der Physiologie. Bd II, Seite 235.

<sup>2)</sup> Verbreitung der Taubstummheit in Danemark. S. 11, 12. Ob es von der angeborenen Idiotie gilt, ist aus der gegenwärtigen Statistik nicht zu ersehen.

Idiotie unter dem männlichen Geschlecht mehr verbreitet sind als unter dem weiblichen (so kamen 1880 in Dänemark auf 112 männliche Idioten 100 weibliche), ohne sich näher über die Ursache dieser Erscheinung auszusprechen.

Wie schon daraus hervorgeht, was früher mitgeteilt wurde, muss man hier zwischen drei verschiedenen Erscheinungen sondern: nemlich 1) dass an einzelnen Krankheiten überhaupt mehr Männer als Frauen erkranken und umgekehrt, während die Wirkungen (die Todesfälle) verhältnismässig gleich sind, ausser bei einer einzelnen Krankheit (Keuchhusten); 2) dass an anderen Krankheiten beide Geschlechter der Zahl nach ziemlich gleich erkranken, aber der Wirkung nach das eine heftiger als das andre, was sich in grösserer Sterblichkeit zeigt. Dies gilt besonders von den verschiedenen ansteckenden Krankheiten, ausser Typhoïdfieber und Keuchhusten. Bei ersterem ist das Verhältnis ganz unregelmässig und beruht vielleicht auf Zufall.<sup>1)</sup> Der Keuchhusten zeigt auch in der Zahl der Erkrankungen eine Vorliebe für das weibliche Geschlecht, wenn auch nicht in dem Grad, wie bei der Zahl der Verstorbenen; 3) dass alle diese Krankheiten, ausgenommen Keuchhusten und allgemeine Tuberculose, die nicht viel Neigung zu haben scheinen das innere Ohr anzugreifen, häufiger das männliche als das weibliche Labyrinth mit der Folge der Taubheit angreifen, und zwar in einem weit höheren Grade, als die allgemeine Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik ausweist; 4) dass die meisten Ohrenkrankheiten überhaupt in weit höherem Grade die männliche als die weibliche Bevölkerung heimsuchen.

Bei der ersten Gruppe, wo mehr Personen des einen Geschlechtes als des anderen erkranken, wo aber das Resultat (die Sterblichkeit) ziemlich gleich ist, liegt es nahe, den Grund in verschiedenen anatomischen und anderen rein äusseren Bedingungen bei den beiden Geschlechtern zu suchen. Bei der *Gehirnentzündung* z. B. in der sowohl absolut als auch relativ grösseren Gehirncapacität bei Knaben als bei Mädchen, womit ein lebhafterer Stoffwechsel zusammenhängt und grössere Neigung zu Fluxionen, Transsudationen, Entzündungen; dazu kommt für die älteren Altersklassen, dass die Knaben eher äusseren Beschädigungen (z. B. trauma, refrigerium) aus-

<sup>1)</sup> Niedrige Zahlen. In den späteren Altersklassen findet sich durchgängig ein schwaches Übergewicht auf männlicher Seite bei der Anzahl sowohl der Erkrankten als auch der Verstorbenen.

gesetzt sind. Bei der *Lungenentzündung* vielleicht in der von CARUS behaupteten grösseren Entwicklung der Respirationsorgane; wozu in einem etwas höheren Alter wol auch kommt, dass sie sich häufiger schädlichen äusseren Einflüssen aussetzen (refrigerium). Bei *Rachitis* ist eine Erklärung kaum möglich. Es giebt acute Formen wie auch chronische in Verbindung mit hydrocephalus, die Gehirnkrankheiten sehr nahe stehen, und bei denen insofern die obigen Betrachtungen gelten könnten. Aber ob diese Fälle häufig genug sind, um den Unterschied der Zahl der Erkrankten zu erklären, ist fraglich. Bei der *Tuberculose*, die das weibliche Geschlecht auffallend bevorzugt, liegt es nahe an die geringere Entwicklung der Athmungsorgane, wie überhaupt des Brustkastens zu denken, und an die geringere Gelegenheit zum Leben in frischer Luft, mit, namentlich im Winter, langandauerndem Aufenthalt in kleinen, schlecht ventilirten und schmutzigen Räumen. Den letzteren Umstand hat der verstorbene Medicinaldirektor DAHL namentlich geltend gemacht.<sup>1)</sup> Beim Keuchhusten dürfte vielleicht die grössere Reflex-irritabilität des weiblichen Geschlechtes in Betracht kommen, was wieder mit der geringeren Gehirn-capazität zusammenhängen dürfte.

Die schon genannten Faktoren dürften im wesentlichen bestimmend sein auch bei der zweiten Gruppe, die, wie gesagt, hauptsächlich solche Krankheiten in sich begreift, an denen beide Geschlechter in ungefähr gleicher Anzahl erkranken, wo aber die Sterblichkeit bei dem einem Geschlecht grösser ist als bei dem andern. Aber hier dürften andre unbekanntere Momente hinzutreten, die verursachen, dass das Gift bei dem einen Geschlecht stärker wirkt als bei dem andern. Man kann hier denken an Eigentümlichkeiten der physiologischen Flüssigkeitsmenge und ihre molekulare oder chemische Zusammensetzung, worüber aber nichts bekannt ist. Wenn z. B. das Scharlachfieber mehr männliche, die Masern mehr weibliche Opfer fordern, so lässt sich dies aus bekannten anatomischen Verhältnissen kaum erklären.

Bei der dritten Gruppe, wo die Krankheit, wie gesagt, so gut wie ausnahmslos<sup>2)</sup> in durchaus überwiegendem Grade

<sup>1)</sup> Lungenschwindsucht in Norwegen von L. DAHL, Christiania 1879, Seite 70 (Resumé). Da DAHL nur über Angaben für 5 Jahre verfügte sind die Zahlen bedeutend zu hoch (vgl. Tabelle 5 und 6).

<sup>2)</sup> Dentitio difficilis mit 3 weiblichen Fällen und keinem männlichen (s. Tabelle 8) kann natürlich wegen der niedrigen Zahlen nicht in Betracht kommen und

das männliche Labyrinth trifft, ist es ganz klar, dass dies nicht nur durch die grössere Capacität des Gehirns mit grösserer Neigung zu Gehirnkrankheiten bei Knaben bewirkt werden kann, sondern dass auch das männliche Ohr selbst mehr disponirt sein muss als das weibliche. Es liegt desshalb nahe anzunehmen, dass die Auffassung von CARUS insofern richtig ist, als die Gehörorgane an derselben stärkeren Entwickelung ihren Anteil haben, die das männliche Gehirn im ganzen auszeichnet. Dies ist auch die natürlichste Erklärung bei der vierten Gruppe, obwohl auch hier viele äussere Umstände in Betracht kommen, welche sichere Schlüsse äusserst schwierig machen (vgl. BÜRKERS Statistik).

---

gehört überdies natürlich unter die Kategorie Gehirnentzündung, wo die niedrigen Zahlen in der Masse verschwinden, ohne das Procentverhältnis zu ändern. Nur Kenchhnsten, wo die Wirkung auf das Ohr vielleicht rein mechanisch ist (Austreten von Blut in das Labyrinth) erscheint mit einer gleichen Anzahl Männer und Frauen.





## Om käksvulster

med ursprung ifrån tand-epitelgroddlisten.

Af

C. A. LJUNGGREN.

Forts. fr. nr 1.

### Svulsternas patologi.

Inuan jag öfvergår till en skildring af svulsternas patologi, har jag ansett det lämpligt att förutskicka ett kortfattadt meddelande om de viktigaste öfriga patologiska bildningar, som delar af tandepitelgroddlisten kunna gifva upphof till, detta så mycket mera som en del af dessa stå på gräusen till nybildningar och äfven kunna utveckla sig till sådana.

Dessa »paradentära epitelrester» kunna gifva upphof till öfvertaliga tänder, tänder af en tredje dentition. Oftare bildas af dem de s. k. emaljdropparna, små, rudimentära tandanlag, som man ibland funnit omkring roten på molarerna, och de emalj fria tandrudimenten, som man funnit på den labiala sidan om tänderna. Vidare kunna vi få, såsom SCHWALBE<sup>1)</sup> meddelat, en dentinspång, som förenar en mjölk tand med en permanent tand, bildad af den epitelsträng, som vi förut beskrifvit förena mjölk tandens emaljorgan med den permanenta tandens, och som under kortare eller längre tid kan persistera.

MALASSEZ har påvisat, att i de s. k. rotgranulomen stundom förefinnas epiteliala massor, härledda ifrån dessa rester.

Den viktigaste gruppen bland dessa bildningar bildar käkcystorna. Att dessa inkluderade epitelrester kunna bilda dylika stämmer väl med den allmänna onkologiska erfarenheten, ty liksom små hudepitelstycken, som genom ett trauma eller annan

---

<sup>1)</sup> Deutsche Medic. Wochenschrift, 1894, nr 3.

anledning inneslutits i underliggande bindväf, gifva upphof till ateromer och vid fetal inklusion till dermoideystor, ligger det i öppen dag, att äfven dessa epitelrester kunna bilda cystor. Härför hafva vi ju dessutom ett fysiologiskt paradigma i de cystor, som uppstå vid tandsprickningen.

Det ligger ej inom planen för mitt arbete att inlåta mig på en skildring af dessa cystor. Jag vill dock här påpeka, att en del af dessa kunna proliferera och gifva anledning till cystiska epiteliom liksom å andra sidan fall finnas, som tala för, att ett cystiskt epiteliom kan öfvergå i en enrummig cysta.

Öfvergå vi nu till de verkliga nybildningar, som uppkomma igenom proliferationer ifrån delar utaf tandepitelgroddlisten, så erbjuder min egen kasuistik en serie af en del ytterst växlande former, under hvilka dessa kunna te sig. Genom studiet af andra undersökta fall har jag kunnat supplementera denna serie, och jag vill därför nu lemna en öfersiktlig framställning af de olika former, som dessa nybildningar erbjuda.

Den högsta form dessa proliferationer, härstammande ifrån tandens epiteliala anlag, kunna nå, är onekligen den att kunna producera tänder. Af dessa tandbildande svulster har jag anført ett synnerligen intressant fall, meddeladt af HILDEBRAND<sup>1)</sup>, där utom de epiteliala tandanlag, svulsten innehöll, nära 400 mer eller mindre utvecklade tänder förefunnos. TAPIE<sup>2)</sup> har meddelat ett fall, där en cysta i underkäken såväl i väggen innehöll tänder, som äfven inneslöt ett stort tandglomerat. Han uppskattar tändernas antal till ungefär 4,700. Han har antagit som etiologi till denna nybildning en fetal inklusion af en del af alveolarslemhinnan. CARL TELLANDER<sup>3)</sup> i Stockholm har observerat en svulst från höggra öfverkäken, innehållande en grupp af 28 enkla eller med hvarandra förbundna tandspetsar, hvarjämte funnos 6 af flere spetsar sammansatta kroppar, en annan kropp framställde en oregelbunden massa af tandväfvad. TOMES<sup>4)</sup> och HUMPHREY ha anført liknande fall, och LOGAN<sup>5)</sup> omtalar ett fall, där en svulst från underkäken hos en häst innehöll 400 rudimentära tänder. Hit hör äfven det förut relaterade intressanta fallet ifrån OLLIERS klinik, i hvilket en svulst i öfverkäken innehöll en mjuk svulstmassa och talrika tandrudiment och i

<sup>1)</sup> Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1890 och 93.

<sup>2)</sup> Gazette hebdomaire 1890, tom. 27.

<sup>3)</sup> Transactions of the Odont. Soc. of Gr. Br., dec. 1862.

<sup>4)</sup> Transactions of the Odont. Soc. of Gr. Br., dec. 1863.

<sup>5)</sup> Anf. efter Sutton.

ärret efter operationen små rudimentära tänder utvecklade sig af kvarlemnade svulstrester.

Uppkomsten af dessa nybildningar är ganska lätt att anatomiskt förklara genom de från groddlisten utgångna proliferationer, som jag förut beskrifvit. Tänka vi oss dessa utväxande först till kolfformiga emaljorgan och sedan omväxande bindväfspapiller, hvilkas väfnad de differentiera till dentinbildande bindväf, så få vi ett ganska stort antal tänder. Fortsätta dessa proliferationer att sekundärt sedan utsända andra sidogrenar, som därefter differentiera sig i ofvan beskrifna riktning, så få vi material till än flere tänder.

Vi få detta närmare belyst i näst följande grupp, i hvilken jag själf undersökt ett synnerligen intressant fall (nr 1 i min egen kasuistik). Denna grupp omfattar de svulster, där epitelproliferationerna icke nå den utveckling, att de bilda tänder utan endast tandväfnad.

Vi finna dessa svulster oftast fullständigt förkalkade, bildande oregelbundna ofta småknöliga tumörer, som kunna nå en ganska betydande dimension. De kunna uppnå en vikt af ända till 1,080 gram såsom i MICHONS<sup>1)</sup> fall. Till sin struktur bestå de af oordnade konglomerat af emalj, dentin och ibland äfven af cement. Dylika fall äro beskrifna bland annat utaf HEATH, FORGET, WEDL, ANNANDALE, SUTTON, LLOYD, SVANN, USSKOFF m. fl.

I sällsynta fall uppträda dessa tumörer ej förkalkade eller endast inom vissa områden stadda i förkalkning.

Dessa erbjuda största intresset att studera, ty de gifva oss tolkning af de föregående, förkalkade tumörerna.

I mitt första fall, det enda noggrant beskrifna i hela literaturen, se vi alla öfvergångar ifrån de enkla eller greniga, af små, polygonala epitelceller uppbygda cellsträngarna med sina tappformiga utskott, hvilkas celler tendera åt att i periferien öfvergå i cylinderform, till sin byggnad fullständigt motsvarande tandepitellistens laterala proliferationer, ända till de stora cellkolfvar, hvilkas struktur erbjuder alla de för det ntbildade emaljorganet karakteristiska cellformerna, och omkring hvilka icke blott emalj- utan äfven dentinbildning ter sig i olika stadier. Ja äfven i bindväfven kunna vi följa öfvergångar, som visa, huru stromaceller ordna sig palissadformigt omkring epitelkolfvarna, huru de utväxa till odontoblastar, och huru sedan dentin bildas af dem.

<sup>1)</sup> Memoire de la Société de la chir., Paris 1850.

Såsom jag vidare i min beskrifning framhållit, finna vi dentin aflagrad icke blott omkring de mer eller mindre oregelbundna cellkolfvarna utan också omkring cellsträngar, i hvilka det ena lagret celler differentierat sig till höga, palissadformiga cylinderceller, — tecken till börjande bildning af tandväfnad. Erinra vi oss därjämte, att dentinen öfveralt är aflagrad i större mängd än emaljen, ja, att på sina ställen hufvudsakligen dentin synes aflagrad, så kunna vi få en förklaring till de fasta odontomernas ofta konstaterade större dentinhalt. Den oftast så oregelbundna fördelning och utbredning af de båda tandsubstanserna inom svulsterna kunna vi klart uppfatta med den kännedom vi fått om epitelkolfvarnas och strängarnas oregelbundna gestalt i mitt fall. Att man kan finna svulster nästan uteslutande bestående af dentin, är förklarligt, då vi veta, att emaljepitelet ofta ej frambringa emalj utan endast framkallar den differentiering i bindväfven, som leder till dentinbildning, hvilket jag förut visat för epitelrotskidan, och som ytterligare styrkes därigenom, att hos vissa djurslag, där tänderna sakna emalj, lika väl ett utbildadt emaljorgan förefinnes. Af vikt är därjämte, att ingenstädes dentin finnes aflagrad fritt i bindväfven.

Det synes mig icke utan intresse, att därjämte påpeka ett förhållande, som denna svulst erbjöd. Utaf beskrifningen framgick, att svulstbildningens äldsta förkalkade parti omgifver en tandkrona med oregelbundna emaljaflagringar. I literaturen fann jag en tafla i HEATHS<sup>1)</sup> arbete, som återgifver, huru på samma sätt ett förkalkadt odontom omgifver öfre delen af en tandkrona. WEDL<sup>2)</sup> skildrar samma förhållande för ett af honom observeradt fall. Med tanken på den bild, som snitt genom käken å 1 års barn visade, där man såg öfver det permanenta tandanlaget ett rikligt epitelcellnät med knoppformiga proliferationer, kan man lätt tänka sig, att, om detta prolifererade och högre differentierade sig, man fick en svulst, som förhöll sig till den utvecklade tandkronan på samma sätt som dessa fall visa.

Utaf dylika odontoblastiska odontom har jag endast funnit några få fall i literaturen ifrån äldre tider nämligen af ROBIN<sup>3)</sup>, BROCA<sup>4)</sup> och LEISERING<sup>5)</sup>.

1) Injuries and diseases of the Jaws, sid. 218.

2) Zeitschrift für Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1851.

3) Mem. de la Soc. Biol, 1863.

4) Traité des tumeurs, tom. 2.

5) Bericht über das Veterinärwesen im Sachsen, 1860.

Granska vi BROCA's uppfattning af de embryoplastiska och odontoplastiska odontomen, en uppfattning, som bland annat af HEIDENREICH i den nyligen utkomna *«Traité de Chirurgie»* följs, så får jag, beträffande 1:a gruppen, anmärka följande:

Det tidigaste tandanlaget utgöres icke, såsom BROCA antagit, af en embryonal bindväf, utan, som framgår af den anatomiska undersökningen, utaf en epitelproliferation. En tumör, utvecklad ifrån detta stadium, kommer således ej att utgöras af en bindväfssvulst, fibrom eller sarkom utan af ett epiteliom.

Beträffande andra gruppen åter, så utvecklas den icke, som BROCA och HEIDENREICH framställt, genom en mångdubbling af tandpapiller, utan i stället af epitelproliferationer ifrån tandlisten.

Sedan jag nu sökt klargöra de tandväfsbildande svulsternas, eller om vi vilja i likhet med BROCA kalla dem odontomernas patologi, vill jag endast tillfoga, att hit räknar jag ej de fall, som beskrifvits såsom retenerade, sammanväxta tänder eller mer eller mindre oformligt missgestaltade tänder, under det att jag däremot vill antaga, att i flere fall den del af tandlisten, som fysiologiskt skulle bildat tandanlagen, kan oregelbundet proliferera och gifva anledning till dessa svulster, ty vi finna ofta, att de utvecklats på ett område, där ingen af tänderna kommit till utveckling såsom i FORGETS fall, m. fl.

En öfvergång till nästföljande grupp bildar CHIBRETS fall, som dessutom belyser åtskilliga förhållanden, hvilka kunna vara af vikt äfven för föregående tumörgrupp.

I CHIBRETS svulst finna vi icke någon typisk dentinbildning. Vi finna i dess högsta utveckling stromat utdifferentieradt till en embryonal bindväf, lik tandpapillens, men man möter icke något regelbundet lager af odontoblast, omgifvande de högre utbildade cellkolfvarna, och cellernas förinåga inskränker sig till att bilda osteodentin. Emaljbildningen synes vara sällan förekommande i svulsten och endast obetydligt utvecklad.

3:e gruppen omfattar de svulster, där epitelproliferationen när den utveckling, att den framkallar en embryonal bindväf, bestående af hinn- och spolceller, inlagrade i en homogen mellansubstans, men denna ej i stånd att åstadkomma någon dentin eller emalj. Epitelproliferationerna skilja sig ifrån de föregående därigenom, att de icke hafva något fullt uttaladt stjärnformigt epitel. Cylindercellerna differentiera sig visserligen här och hvar till höga pelarformiga celler, med kärnen belägen i den basala delen, men någon verklig emalj eller dentin bildas ej.

Mitt fall 2 är ett vackert exempel på denna svulstform. Här får man i det högst utbildade stadiet en antydning till emalj- och dentinbildning, såsom jag skildrat i redogörelsen för fallet. Af intresse är dessutom, att man finner den cellrika stödjeväfnaden öfvergå, omkring en del af epitelkolfvarna, till bildande af en fibrös kapsel, något som äfven CHIBRET beskriver för sitt fall, och hvartill vi hafva en analogi vid tandbildningen, där som bekant bindväfven bildar ett fibröst hölje omkring emaljorganet, den s. k. tandsäcken.

Med största sannolikhet synas mig de fall ur literaturen, där bindväfven betecknats såsom sarkomliknande och cylindercellerna varit synnerligen väl utvecklade, böra hitföras, såsom HEATHS af mig förut refererade fall samt KRUSES andra fall.

4:de gruppen omfattar de svulster, där epitelproliferationerna bibehållit typen af de transversela proliferationer, som utgå ifrån groddlisten, utan att differentieras högre och utan att i likhet med sina fysiologiska prototyper åstadkomma någon embryonal bindväf.

Mitt fall 3 är ett typiskt exempel härpå, och utaf andra beskrifna fall torde KRUSES första fall böra hitföras. Dessa fall voro därigenom åtskilda, att i mitt epitelproliferationerna äro vida mäktigare och tätare lagrade.

I en sista grupp har jag sammanfattat de nybildningar, där epitelialproliferationerna differentiera sig i andra riktningar, än de förut anförda, nämligen på sådant sätt, att de följa typen af de olika metarmofoserna, som vi vid den anatomiska undersökningen funnit groddlisten undergå under senare stadier af dentitionen. Liksom dessa bilda de icke blott emaljorganliknande bildningar, utan cellerna återgå äfven ofta till hudepiteltypen, i analogi med hvad vi beträffande groddlisten iakttagit vid bildning af epitelperlor och epiteleystor vid tandsprickningen; ja, vi finna äfven en mucinös degeneration af cellerna, liknande den vi förut iakttagit, att särskildt epitelrotskidan och proliferationerna ifrån emaljorganets yttre epitel undergå.

Dessa svulster visa naturligtvis en växlande struktur, vare sig de äro uppbyggda mera efter den ena typen än efter den andra. Det mest karakteristiska för dem är dock, att de nästan alla visa en tendens att cystöst degenerera samt ytterst sällan blifva fullständigt solida. Ifrån det solida epitelionet med endast mikroskopiskt iakttagbara cystbildningar finnas alla öfvergångar till ett multilokulärt kystom, där endast med mikroskopets till-

hjälp en solid svulstväfnad kan påvisas, ja, denna cystadegeneration kan gå så långt, att en enda cysta kan resultera af hela nybildningen. Liksom de föregående svulsternas längst avancerade stadium bestod i bildandet af tänder, så utgör cystabildningen inom denna grupp epitelkolfvarnas högsta utvecklingsform. Äfven här finnas svulster, där epitelbildningarna stanna på lägre utvecklingsgrad, dessa bilda solida tumörer med mer eller mindre tendens till cystabildning.

Man har velat indela dessa svulster, alt efter som hufvudmassan utgöres af solid svulstväf eller cystor, i 2 grupper, epithelioma solide seu cysticum adamantinum och kystoma multiloculare. Kliniskt har denna indelning, ehuru gränsen emellan dessa grupper är omöjlig att bestämma, sitt värde; ty cystabildningen innebär vanligen en tendens för svulsten att begränsa sin tillväxt, under det att de med solida vegetationer prolifererande svulsterna alt mera utbreda sig och infiltrera den friska väfnaden. Histologiskt finner jag det icke lämpligt att skilja på dessa grupper, ty den finare strukturen hos båda är nästan fullständigt den samma med den enda skillnaden, att det solida epitheliomet stannar på en lägre utvecklingsgrad beträffande cystadegenerationen. Strukturen af dessa svulster har genom de noggranna undersökningar, som föregående forskare utfört, blifvit ganska fullständigt känd.

ALBARRAN<sup>1)</sup> har lemnat den fullständigaste sammanfattande beskrifningen häröfver, hvarför jag i korthet vill resumera den samma.

Svulsterna äro enligt hans uppfattning uppbyggda af epitelformationer af växlande utseende, än bildande mer eller mindre greniga strängar, än nät, än oregelbundna anhopningar af epitelmassor eller cystor. Dessa äro inlagrade i ett fibröst bindväfstroma, som på vissa ställen är mera cellrikt och ofta visar en mukös degeneration. I detta stroma finner man ofta benlameller.

Epitelbildningarna visa 2 olika typer, plattepiteltypen och emaljorganepiteltypen.

De, som tillhöra plattepiteltypen, beskrifver han såsom bestående af oregelbundna epitelsträngar, sammansatta af små epitelceller, hvilka ibland hafva korta förbindningsgrenar, ibland sakna dessa. Ibland åter utgöras de af ett periferiskt lager förlängda celler, inneslutande polygonala celler, samt innehålla ofta i sin midt

<sup>1)</sup> Revue de Chirurgie, 1888.



«globes épidermiques». Dessa bildningar predominera i vissa svulster, men oftast bilda de endast en del af epitelproliferationerna.

Epitelbildningarna efter den andra typen visa enligt honom i hufvudsak 3 olika anordningar. De bestå alla af ett yttre lager cylindriska celler, som i första gruppen innesluta små celler utan någon bestämd typ med stor kärne, i andra gruppen stjärnformiga epitelceller. Den tredje gruppen karakteriseras därigenom, att ett lager af emalj ibland uppträder omkring de cylindriska cellerna, såsom i BERNAYS' fall. Därför påpekar han, att de cellmassor, som innehålla stjärnformiga celler därför kunna innehålla celler af indifferent typ och plattepitelceller.

De mindre cystorna beskrivas bestå af ett yttre lager cylindriskt eller kubiskt epitel, inneslutande plattepitelceller eller stjärnformiga celler, hvilkas innersta lager är starkt afplattadt, parallelt med cystaperiferien. De större cystorna visa de yttre cellerna i allmänhet kubiska, innanför dessa afplattade celler. Ibland består beklädnaden helt och hållet af dessa afplattade celler.

Mina undersökningar hafva ledt mig till en något afvikande uppfattning, som jag här vill framställa.

Beträffande epitelformationerna, så synes det mig, att de greniga epitelsträngarna med de små, polygonala cellerna, som ALBARRAN hänfört under plattepiteltypen, i stället tillhöra den föga differentierade, men karakteristiska typ, som utmärker de paradentära epitelresterna.

Beträffande de högre utvecklade former, som, enligt ALBARRANS framställning, differentiera sig dels efter plattepiteltypen, dels efter den emaljorgansliknande typen, så anser jag, att äfven en tredje typ bör uppställas, nämligen den, där cellerna visa en typ af slemceller; detta på grund däraf, att denna senare typ icke blott ofta förekommer och är af karakteristiskt utseende, utan därför att den, såsom vi förut redogjort för, har sin fysiologiska prototyp. MALASSEZ, KRUSE m. fl. hafva äfven beskrifvit förekomsten af denna celldegeneration. Tafla 3, bild 3, visar ett parti af en svulst, där denna typ är förherrskande. Å tafla 4, bild 6, är en af dessa cellalveoler afbildad vid högre förstoring. Den emaljorgansliknande typen är återgifven å tafla 3, bild 1 och tafla 4, bild 5.

Därför synes mig böra framhållas något mera, än ALBARRAN gjort, att dessa typer synnerligen ofta kombinera sig med hvarandra, så att vi i samma cellalveol finna både stjärnformiga



celler och plattepitelceller, hvilket inom de större alveolerna nästan är regel vid de cystiska svulsterna.

Vidare finner jag anmärkningsvärdt, att det yttre lagrets cylinderceller ej nå den utbildning, som i de tre första grupperna.

Slutligen vill jag påpeka några detaljer i strukturen inom epitelformationerna, som jag påvisat, nämligen dels, att cellkolfvarna kunna omväxa hvarandra, och vi på det sättet kunna få en cysta, liggande inom en annan, såsom jag beskrifvit i fall 7, dels levkocytinfiltrationerna och de homogena inlagringarna i cellerna, som kunna vara värda att närmare studeras i sammanhang med liknande ifrån andra tumörer. Jag vill därvid påpeka, att äfven i resterna ifrån groddlisten kunde dylika påvisas.

Beträffande stromats förhållande synes mig viktigt, att den slemmiga degenerationen af bindväfven endast uppträder i de delar, som närmast gränsa intill epitelbildningarna. I bild 2, tafla 4, har jag afbildat detta förhållande. Äfven kunna vi se stromat undergå en hyalin degeneration. Därjämte finna vi det ofta bilda koncentriska bindväfslameller omkring cellkolfvarna, och omkring de större cysterna öfvergå dessa ofta i en fast, sklerotisk bindväf.

Rörande genesen för den slemmiga degenerationen af bindväfven, har jag fått den uppfattningen, att den uppkommit genom inverkan af epitelcellerna. Liksom vi förut hafva funnit dem, fast i högre utbildade former kunna föranleda, såväl fysiologiskt som patologiskt, en cellrik, dentinbildande bindväf, så synas de här på ett lägre utvecklingsstadium endast föranleda en slemmig degeneration af bindväfven.

Utaf öfriga strukturförhållanden, som äro af intresse inom denna svulstgrupp, torde cystabildningarnas uppkomst förtjäna omtalande. Jag har närmare än någon föregående författare undersökt och beskrifvit denna, och jag hänvisar härför till fall 6, där denna skildring förekommer, och till tafla 4, bild 3, hvilken återger en cellalveol stadd i cystös omvandling. Utaf denna skildring framgår, att i allmänhet den första början till cystabildning gifver sig till kända därigenom, att en del af cellerna i en alveol utveckla sig till plattepitelceller, hvilka sedan degenerera; dels finna vi ett sönderfall af protoplasman i korn och droppar af förut skildrad karakter, dels finna vi en vakuolisering inom cellerna. Därjämte degenerera äfven en del af de stjärnformiga epitelcellerna slemmigt, och dessutom synas

de intercellulära rummen, vanligen fyllda af en klar vätska, förstoras och äfven delvis sammanflyta. Celldegenerationen fortskrider därefter allt mera, och vi få slutligen en cysta, hvars inneryta är beklädd af celler, hvilkas struktur jag förut beskrifvit efter ALBARRAN.

Flere af dessa så degenererade alveoler sammansmälta sedan till större cystor, beroende på, att bindväfven, som åtskiljer dessa, äfven degenererar. Äfven cellsträngarna kunna antaga en liknande degeneration. Ett annat uppkomstsätt finner man för en del cystor, där cellerna i alveolerna blåsformigt ansälla, blifva granulära och sedan sönderfalla i en slemmig massa. Därjämte finner man, att cystiska rum kunna dessutom bildas i dessa svulster genom sönderfall af solid svulstväfnad, vare sig på grund af trombos af kärnen inom svulsten eller på grund af infektion, som ledt till nekros och varbildning.

Kasta vi slutligen en öfverblick öfver de många växlande bildningar, som mött oss i dessa svulstgrupper, jämförande dessa med de metamorfoser, vi under dentitionen funnit epitelgroddlisten undergå, så finna vi en fullständig öfverensstämmelse dem emellan. Den enklaste svulstvegetationen, nämligen de solida, greniga epitelsträngarna med de små, polygonala cellerna, återfinna vi i groddlistens transversala proliferationer. De strängar, som utvecklats sig högre till skenbart rörformiga bildningar, bestående af ett randlager kubiska celler, som innesluta en central kavitet, här och hvar utfylld af små celler med korta förbindningsgrenar, hafva vi äfven beskrifvit ifrån själfva epitellden. De knoppformiga proliferationerna ifrån epitelsträngarna, som sedan vidare utveckla sig till alveoler inom svulsterna, hafva sin fysiologiska motsvarighet i de proliferationer ifrån groddlisten, jag beskrifvit och å bild 7, sid. 17, samt å bild 8, sid. 20, afbildat. För de emaljorgan-liknande bildningarna inom svulsterna hafva vi icke blott en förebild i själfva emaljorganet, utan vi sågo en dylik struktur äfven hos de afsnörda delarna af förbindningssträngarna och därjämte i emaljorganets egna laterala proliferationer.

Den mucinösa omvandlingen af cellalveolerna hafva vi äfven påträffat såväl i de nyss nämnda, laterala proliferationerna som i rotskidan. Cellkolfvarna med plattepiteltypen inom svulsten återfinnas inom de öfre delarna af groddlisten, såsom jag förut närmare beskrifvit.

Liksom vi ofta i svulsterna finna cellalveoler, där en del af cellerna öfvergått till plattepiteltypen, under det andra utvecklats

till stjärnformiga celler, så erinna vi oss, att fysiologiskt blifvit beskrifna och äfven afbildade dylika bilder med ursprung ifrån groddlisten.

Af intresse är vidare att studera, hurudan den topografiska utbredningen är af de olika differentierade epitelformationerna inom svulsterna, samt att efterse, om dessa visa öfverensstämmelse med motsvarande utbredning af de paradentära epitelresterna. Fall 8 torde icke vara utan intresse i detta afseende, då det visar svulstbildningen i ett tidigt stadium. Här finna vi en cysta i uppstigande käkgrenen, antagligen uppkommen ifrån bakre delen af groddlisten. Framför denna finna vi en börjande infiltration i käken af svulstmassan. Af dessa epitelbildningar visa de i tandköttet vegeterande den mest uttalade plattepitelstypen. De i käkbenets mellersta del befintliga epitelvegetationerna visa den emaljorganliknande typen och i den undre delen visa cellerna mera den slemmiga typen. Epitelvegetationerna hafva här en sträng och nätformig struktur, under det att de i öfriga partierna mera visa alveolär struktur.

I detta fall synes en viss öfverensstämmelse råda, ty vi veta, att proliferationerna ifrån öfre delen af groddlisten fysiologiskt visa sig öfvergå till plattepiteltyp, liksom de understa, rester af rotskidan, visa en öfvergång till slemmig degeneration.

Beträffande de öfriga svulster, jag undersökt, har jag icke funnit någon bestämd lokalisering af de olika epiteltyperna. Fall 6, 7 och 9 visa en i öfrigt så öfverensstämmande och karakteristisk byggnad, att jag anser det lämpligt i korthet påpeka den samma, detta så mycket mera, som jag äfven i literaturen kunnat finna, att en stor del af de cystiska tumörerna visa liknande byggnad. De flesta beskrifningarna äro dock ej så fullständiga i denna punkt, att någon bestämd slutsats om dem kan dragas. Man finner här den cystösa degenerationen hufvudsakligen i den yttre hälften af svulsten och de större cystorna i den undre delen häraf. Däremot finna vi den inre hälften utgöras af en mera solid svulstväfнад. Den cystösa väfnaden har den vanliga strukturen af cellalveoler, bygda efter den emaljorgansliknande typen, omslutande celler af plattepitelstypen, som centralt degenerera. Den solida väfnaden visar epitelet hufvudsakligen af sträng- och nätformig utbredning, här och hvar öfvergående till emaljorgansliknande bildningar med eller utan inlagrade plattepitelceller.

I de undre partierna af svulsten förekommer åter den slemmiga degenerationen förhärskande.

Därjämte vill jag särskildt påpeka, att i alla 3 svulsterna finnes på ett begränsadt område ett direkt sammanhang mellan tandköttets epitel och svulstvegetationerna. I öfrigt är detta epitel skildt från svulstväfnaden genom ett lager fibrös bindväf.

Gingivalepитеlets sammanhang med epitelsträngarna i svulsten hade, såsom vi förut anfört, i historiken gifvit BÜCHTEMANN och EVE den uppfattningen, att svulsterna uppkommo genom en nedväxning af munepitelet i käken.

ALBARRAN anser, att svulsterna kunna hafva såväl denna genes, som ock utgå ifrån parodontära epitelrester.

Vid mina undersökningar har jag ådagalagt, att den del af gingivalepитеlet, som utsänder dessa nedväxningar, motsvarar det ställe, hvarifrån groddlisten utgått, och på den grund kunna proliferationerna härifrån icke betraktas annorlunda än som proliferationer, utgangna ifrån öfre delen af groddlisten.

Som de flesta svulsterna emellertid börjat centralt i käken, och gingivan först efter en längre tid, ibland först efter flere år, angripits, så synes det mig föga antagligt, att de gingivala proliferationerna i allmänhet gifvit upphofvet till tumörerna. Snarare synes mig, att, likasom vi vid dentitionen sågo, att groddlisten var stadd i starkaste proliferation i sina öfre delar, först då tandanlaget nått en viss grad af utbildning, så börja de i gingivan befintliga epitelresterna, att först mera lifligt utveckla sig, sedan de från undre delen af groddlisten utgående epitelresterna nått en större utveckling.

Sedan jag nu skildrat strukturen af de bildningar, som sammansätta dessa svulster och påvisat deras ursprung från och identitet med epitelgroddlistens proliferationer, så återstår det att skildra, huru de utbreda sig inom organismen. För deras makroskopiska byggnad hänvisar jag i öfrigt till sjukhistorierna.

Epitelvegetationerna börja ofta centralt i käken, breda sig sedan ut inom den samma, infiltrerande den friska väfnaden och förstörande denna. Bindväfven smälter ner, såsom jag förut skildrat, och benväfnaden resorberas alt efter som epitelproliferationerna framskrida, men därjämte ser man ofta en nybildning af bindväf och äfven af benväf ega rum. Dessa nybildningar bilda fibrösa septa med och utan beninlagringar, som oregelbundet genomdraga svulstmassan, ofta omkring de större cystorna bildande fasta, fibrösa bindväfsskapslar. I de mera solida epiteliomen

komma dessa nybildningar ofta ej till stånd, såsom vi sågo i fall 4. Här finner man den angripna käkhalfvan omvandlad i en blåsa, hvars skal utgöres af periost och ett tunnt lager bensubstans, som ofta på en del ställen saknas.

Svulstvegetationerna utbreda sig icke endast inom de horisontala delarna af käken utan fortsätta sig ofta upp i den uppstigande grenen ända upp i ledgångshufvudet.

Oftast äro de begränsade till ena käkhalfvan, men i andra fall, såsom de BUSCH och BERNAYS meddelat, kunna de öfvergå äfven till den andra käkhalfvan.

I tandköttet vegetera ofta svulsterna upp som sma, vårtformiga exkrescenser eller bildande större papillomatösa svulster.

De utbreda sig i allmänhet endast inom käken; i intet fall hafva de inträngt i de angränsande lymfkörtlarna.

Några fall äro skildrade, där svulsten skulle hafva metastaserat. Jag återkommer till dessa i den kliniska bearbetningen af tumörerna.

Det nära sambandet emellan alla dessa så olika svulstgrupper, jag nu skildrat, visas bäst af en del fall t. ex. BERNAYS', hvilket erbjöd den vanliga strukturen af ett multilokulärt kystom men därjämte innehöll en del cellalveoler, som utbildat sig till emaljorgan af samma struktur, som jag skildrat i mitt första fall, och omkring hvilka ett lager af emalj uppträder, och af CHIBRETS förut citerade fall, i hvilket äfven ett par cystor förefunnos, liknande dem, som man finner hos det multilokulära kystomet.

En viktig fråga inom detta kapitel återstår oss ännu att besvara. Kunna af de paradentära epitelresterna karcinom uppstå?

Granska vi hvad författarne yttra härom, så finna vi RECLUS och VERNEUIL med bestämdhet uttala sig för, att af dessa kancer kan uppstå. MALASSEZ uttalar sig i samma riktning, ehuru han icke anser bevisadt, att RECLUS' båda fall verkligen haft detta ursprung. ALLGAYER beskriver ett cystiskt epiteliom såsom karcinom. HERMANN<sup>1)</sup> omtalar likaledes en multilokulär cysta, som inom gingivan öfvergått til ett karcinom. HEIDENREICH, HILDEBRAND m. fl. uttala sig äfven i denna riktning.

Genom undersökning af mina egna fall har jag kommit till den uppfattningen, att i intet af dessa man kan hafva skäl att

<sup>1)</sup> Beitrag zur Entwicklung der Kiefercysten, 1889.

tala om en karcinomatös byggnad, vare sig i sin helhet eller inom vissa partier af svulsten. Jag har därjämte undersökt alla preparater af käkkarcinom, som patologiska institutionen i Stockholm innehade, och i intet har jag funnit något, som talat för härledning ifrån dessa parodontära epitelrester.

Granskar jag nu de fall, som af andra tolkats som karcinom, så finner jag, att, beträffande de typiska kancerfallen, i de skildringar man gifvit af deras struktur, intet förekommer som kan hänvisa på ett dylikt ursprung.

RECLUS ansåg, att de 2 fall, han beskrifvit, hade utgått ifrån tandrotscystor och på denna grund haft parodontärt ursprung, men såväl MALASSEZ som HEATH uttala sig tviflande, huruvida de verkligen utgått ifrån roteystor, och för min del finner jag ej något bevisande i RECLUS' beskrifning.

Hvad återigen de fall beträffa, som ALLGAYER och HERMANN beskrifvit såsom karcinom, så voro dessa vanliga cystiska epiteliom, och beskrifningen af svulsternas karcinomatösa struktur motsvarar de bilder, jag på vissa ställen funnit i de af mig undersökta fallen, en struktur som återfinnes äfven ibland groddlistens epitelialproliferationer. Därjämte talade de kliniska egenskaperna såsom svulsternas långsamma utveckling och frånvaron af lymfkörtelinfektion äfven emot deras uppfattning.

Utän att vilja förneka, att det epitel, som härstammar från tandens groddlist, äfven kan kancerdegenerera, synes mig synnerligen intressant, att dessa epiteliala rester kunna utveckla sig till solida epiteliom och äfven bibehålla en embryonal typ hos cellerna utan att vara karcinom.

Beträffande svulststromats förmåga att degenerera till sarkom, så har jag för mina båda första fall, där detta liknade en cellrik, embryonal bindväf, påpekat, att det ingalunda vore att uppfatta såsom en sarkomväfvad. Jag vill framhålla såsom karakteristiskt för denna struktur, att cellerna ligga ej så tätt lagrade som i ett sarkom och äro inbäddade i en homogen mellansubstans. WEDLS och HEATHS m. fl. såsom sarkom beskrifva fall torde af förut anförda skäl ej böra anses som sarkom.

### Svulsternas klinik.

Granska vi i sin helhet alla dessa nybildningar, hvilkas växlande former jag förut utförligt skildrat, så måste vi beteckna

dem såsom relativt godartade tumörer, i det att de i allmänhet förblifva lokaliserade inom käkarna. Aldrig har man hittills funnit ett fall, där svulstvegetationerna spridt sig till de angränsande lymfkörtlarna, och ytterst sällan, om någonsin, hafva de satt metastaser i olika delar af organismen. Men bland dem förhålla sig de olika grupperna synnerligen olika.

De *tandbildande* käksvulsterna utgöra otvifvelaktigt den mest godartade formen. De bildas vid själfva tandanläggningen och tillväxa sedan så småningom under loppet af flere år, oftast utspännande den angripna käkdelens, någon gång komplieerade af tillstötande varbildningar. Ibland kunna de, såsom i HILDEBRANDS fall, då de angripa både öfver- och underkäken, vålla betydliga störelser i den normala tandbildningen. De förkalkas så småningom och bilda i käken inneslutna, fria tandglomerat. OLLIERS fall visar, att, äfven då de ofullständigt borttagas, resultatet endast kan blifva, att de kvarblifna svulstresterna utveckla sig till tandrudiment.

De *tandväfsbildande* käksvulsterna bilda likaledes mycket godartade tumörer. Deras historia är hufvudsakligen skildrad af BROCA, HEATH och SUTTON. De uppträda, i enlighet med desse författares uppgifter, inom tiden för tandutvecklingen.

Visserligen finnas fall meddelade, där de först gifvit sig tillkänna efter denna period, ja, såsom i ett af v. METNITZ fall, vid 60:de lefnadsåret, men det torde ej vara tvifvelaktigt, att svulsten äfven i detta fall daterar sitt ursprung från ett långt tidigare lifsskede. Utvecklade inom antrum Highmorii, kunna de ligga förkalkade och undandraga sig all uppmärksamhet. De utmärka sig vidare i början för sin långsamma, ofta symptomfria utveckling, och därigenom att de tendera till att undergå fullständig förkalkning, och då denna är fullbordad isoleras de ifrån sin matrix och blifva liggande i käken såsom fria kroppar. Under sin utveckling utspänna de det omslutande käkbenet, bringa detta ofta till partiell atrofi samt synas dessutom i flere fall visa en tendens att genombräta proe. alveolaris, alldeles i analogi med utbrottet af den vanliga tanden. FORGETS klassiska fall, afbildadt i HEATHS arbete, illustrerar vackert detta förhållande. Vid denna genombrutningsprocess uppkomma vanligen komplikationer, bestående af abscess- och fistelbildning, som nödvändiggöra svulsternas



operativa behandling. SUTTON omtalar ett fall af HILTON, i hvilket svulsten perforerade framväggen af antrum Highmorii och efter långvarig varbildning spontant utföll.

Af intresse synes mig därjämte vara att anföra, att de i allmänhet uppträdt inom området för molarerna, och att i de flesta fall dessa senare ej kommit till utträde, detta beroende antingen på, att tänderna omslutits af svulsten, eller att själfva tandanlaget uppgått i bildningen af svulsten.

Dessa svulsters diagnos har efter SUTTONS uppgift aldrig blifvit stäld. BROCA har som viktiga faktorer till diagnostiken påpekat den ålder, då svulsten uppträdt, den långsamma utvecklingen, att tänderna saknats motsvarande svulsternas plats, svulstens konsistens till skilnad från cystan, samt att den vanligen utspänner käkens lameller likformigt och tenderar att bryta fram i tandköttet. Genom en enkel profpunktion eller incision torde det vara lätt att vid misstanke på dessa tumörer öfvertyga sig om deras närvaro.

*Tredje och fjärde gruppens* svulster, där epitelbildningarna ej nå den utveckling, som i föregående tumörer utan stanna i permanens på ett lägre stadium, vill jag gemensamt skildra, ty de fall, som förekommit inom denna kategori, äro ännu för få, att hvar för sig afhandlas.

Hänvisande till de förut skildrade sjukdomshistorierna vill jag här endast i korthet påpeka de kliniskt viktigaste egenskaperna hos dessa svulster.

De visa en mera malign karakter än de föregående på grund af såväl deras hastigare tillväxt, hvilken ibland åtföljes af häftiga smärtor, som ock af den stora volum, de kunna uppnå (i HEATHS fall barnhufvudstor), den destruktion af den angripna käken de åstadkomma, samt därför att de icke såsom föregående svulster bilda inom käken afkapslade tumörer, utan i stället växa, infiltrerande den friska väfnaden.

I mitt ena fall (nr 2) liknar sjukdomsförloppet ett malignt sarkoms. En svulst, som på sista tiden hastigt tillväxt under svåra smärtor, bryter in i munkaviteten, bildande ulcerationer, och har på sina ställen fullständigt bringat det omgifvande ben-skalet till usur. Man skulle endast kunna anmärka, att här saknades den kakexi, man ofta ser åtfölja hastigt växande sarkomer. CHIBRETS fall hade ett liknande förlopp. POLAILLOX



afslutar sin skildring öfver sjukdomsförloppet i detta fall med följande ord: »I själfva verket hafva vi för oss en svulst lika malign som ett osteo-sarkom. HEATHS patient har en liknande sjukhistoria. Här hade svulsten på grund af en enorm inkräkting på munkaviteten astadkommit en omöjlighet för patienten att intaga någon fast föda, och däraf härflöt svåra nutritionsstörrelser.

I mitt andra fall (nr 3) visade sig svulstens malignitet särskildt därigenom, att den åstadkommit en betydlig usurering af käkbenet med endast obetydlig bennybildning, samt att den, på sätt jag förut skildrat, börjat vegetera ibland massetermuskelnns trådar. I KRUSES båda fall var sjukdomsförloppet något mera godartadt.

De i fråga varande svulsterna hafva hittills endast påträffats i underkäken, vanligen utgångna ifrån molartrakten, endast i HEATHS fall ifrån hörntandsregionen. De hafva börjat centralt i käken, utspännande högst betydligt det yttre benskalet, och ofta inåt munhålan bildande papillomatösa, ulcererande svulstprolifationer. I den senare delen af sin utveckling hafva de ofta komplicerats af tillstötande infektion, ledande till abscesser och gangren af svulstpartierna. I de förut skildrade fallen hafva de först gifvit sig tillkänna vid resp. 11, 11, 21, 29, 48 och 53 års ålder. Såsom orsak till svulstbildningen finnes anfördt föregående tandvärk och periostiter. I mina båda fall uppträdde tandvärken samtidigt med svulstbildningen. Hvilket inflytande trauma eller inflammation kunna hafva på svulsternas tillväxt framträder tydligt i HEATHS fall, där svulsten, som förut växt ganska långsamt, efter en svår kontusion hastigt började förstora sig, och i CHIBRETS fall, där efter en akut inflammation likaledes en hastigare tillväxt framkallades.

Utaf intresse är, att i intet af dessa fall någon allmän metastasering eller lymfkörtelinfektion förefunnits, samt att efter operation intet recidiv uppträdt. Så har jag kunnat konstatera, att i mina båda fall efter resp. 2  $\frac{1}{2}$  och 3 års tid intet tecken till återkomst af svulsten egt rum, och CHIBRET, som i sitt fall, likaledes observerat patienten under 2  $\frac{1}{2}$  år har äfven kommit till samma resultat.

Diagnosen af dessa tumörer torde näppeligen kunna ställas utan mikroskopisk undersökning af en svulstpartikel. I mitt ena fall kunde man på den uttagna svulsten makroskopiskt se en karakteristisk teckning af epitelformationerna i bindväfven, som

lät ana dess ursprung; i det andra fallet, där epitelbildningarna lågo tätt intill hvarandra med endast obetydlig bindväf emellan sig, hade svulsten ett mera homogent grågelatinöst utseende. Till konsistensen visade den sig dock något fastare än ett sarkom.

Såsom karakteristiskt för den mikroskopiska diagnosen vill jag här framhålla dels strukturen af epitelcellsträngarna, som äro uppbyggda af de små, karakteristiska epitelcellerna, hvilka i strängarnas toppar öfvergå till eylinderform, dels strukturen af epitelalveolerna, där vi få en skarpt markerad rand af cylindriska celler, som innesluta polygonala celler, hvilkas yttre lager ofta anordnar sig transverselt mot det föregående, såsom jag förut betonat. För stödjevåfnaden är det karakteristiska, att cellerna ej ligga så tätt hoppackade, som man får se dem i sarkomerna.

Jag öfvergår nu till en skildring af den *sista gruppen* svulster och har funnit det lämpligt att gemensamt behandla såväl de fall, där cystabildningen varit mera förherrsande, s. k. multilokulära kystomer, som de fall, där den solida väfnaden utgjort hufvudbeståndsdelen af svulsten, det cystiska epitheliomet, dock med påpekande af de kliniska skiljaktigheterna. De rent solida epitheliomerna har jag återigen ansett mig böra särskildt med några ord karakterisera.

Dessa svulster förhålla sig i allmänhet kliniskt mera godartadt än föregående, dock är att märka, att ju mindre tendensen inom svulsten är att bilda cystor, och på ju lägre utvecklingsstadium, de epitheliala proliferationerna äro, desto mera antaga dessa svulster liknande karakter som de närmast förut skildrade tumörerna.

Deras godartade beskaffenhet ger sig tillkänna såväl genom deras långsamna tillväxt som ock genom deras förhållande till den friska väfnaden. De växa visserligen likt föregående tumörer, infiltrerande käken och destruerande den normala väfnaden, men en nybildning af såväl ben som bindväf eger här rum vida mera, hvilket gifver sig tillkänna såväl beträffande själfva svulstens periferia omhölje som ock därutinnan, att vi ofta finna svulsternas inre genomdraget af mer eller mindre rikligt utvecklade bindväfsstråk med beninlagringar.

Dessa svulsters historia har förut blifvit närmare skildrad af HEATH, ALBARRAN och helt nyligen och fullständigast af BECKER.

Jag har därför ansett det vara lämpligt att här endast lemna en allmän klinisk bild af det vanliga sjukdomsförloppet och sedan, beträffande deras kliniska karakter, papeka hufvudsakligen, hvad jag i min sammanställning kunnat finna, rörande deras natur, som ej förut varit beaktadt eller varit föremål för oriktiga eller divergerande uppfattningar.

De i fråga varande svulsternas kliniska förlopp är i korthet följande.

Det första tecken, genom hvilket de i allmänhet gifva sig till känna är, att patienterna märka en hård, ödm, uppdrifning af käkbenet i de flesta fall i trakten för molarerna. I en del fall har svulsten börjat som en enkel tandcysta. I sällsynta fall (WAGSTAFFES)<sup>1)</sup> har den börjat som en epulid å tandköttet. Denna uppdrifning förstoras sedan ytterst långsamt och vanligen utan att förorsaka de ringaste subjektiva symptom. Detta utvecklingsskede kan räcka olika länge, ända till flere år. Därefter börja tänderna, som motsvara tumörens säte, värka och blifva lösa i sina alveoler. Ibland kan förloppet dock vara fullständigt smärtfritt. Tänderna bortfalla sedan af sig själfva, eller låter patienten oftast uttaga dem, antingen för värkens skull eller i förhoppning, att äfven svullnaden i käken då skall ga tillbaka. Under den vidare utvecklingen af tumören utspännes käken allt mer och mer vanligen starkast utåt. Ofta utbreder den sig äfven bakåt i den uppstigande käkgrenen, kan intränga i proc. coronoides och omvandla den till en rund benblåsa, och äfven ledutskottet kan, fast mera sällsynt, angripas och fullständigt urhållas. I ytterst få fall förekommer det, att svulsten sträcker sig öfver medellinien in i den andra käkhalfvan. Åt munhålan bildar svulsten först något senare en starkare inbuktning, som astadkommer en förskjutning af tungan. Efter de utfallna tänderna brukar ofta svulsten vegetera upp i gingivan än i form af små, vårtformiga exkrescencer, än kan den höja sig upp till valnötsstora, papillomatösa svulster. Äfven i käkens höjdriktning utbreder sig svulsten, antingen infiltrerande gingivan, sasom i mina fall varit händelsen, vanligen i den inre delen eller också upplyftande densamma, blåsformigt uppdrifvande de öfre partierna af käkens benväggar och bildande stora, afrundade prominenser, hvilka hindra käkarnas tillslutning och tuggningen och därjämte förorsaka en för patienterna synnerligen obehaglig, beständig

<sup>1)</sup> Pathol. Soc. Transactions, vol. XXII.

salivering. I en del fall såsom KOLACZEKS har svulsten åstadkommit en betydlig atrofi af motsvarande öfverkäksben. I de längst gångna fallen se vi dessa svulster bilda ända till hufvudstora tumörer. Då de nått en större utveckling börja tecken uppträda på deras cystösa natur. På vissa partier kan man vid tryck framkalla pergamentknittring å väggen. Ibland händer det, att en del cystor tömma sitt innehåll inåt munhålan. Huden är i allmänhet intakt, förskjutbar i de fall, där svulsterna ännu äro mindre. Öfver de större tumörerna är den ofta starkt spänd, oförskjutlig. Då svulsterna nått en betydligare storlek, framkalla de, utom det i hög grad vanställande utseendet, åtskilliga olika störelser, af hvilka jag vill framhålla, att de kunna försvåra eller omöjliggöra tuggningen, hindra munnens tillslutning, inverka störande på talet och verka hindrande för sväljningen och äfven i sällsynta fall för respirationen. Därjämte blifva de ofta säte för infektion, ledande till varbildningar, fistelbildningar och gangrenösa processer.

Utaf cystiska epiteliomer har jag utom mina egna 5 fall kunnat i literaturen hopsamla 60 fall, af hvilka dock endast de 35 varit så beskrifna, att de kunde användas till en kasuistisk bearbetning. ALBARRAN hade 1888 hopsamlat 39 fall, mer eller mindre utförligt beskrifna. Han angifver, att amerikanaren BERNAYS redan 1885 hopsamlat 122 fall, en uppgift, som sedan upptagits såväl af HEIDENREICH i »Traité de chirurgie» som i sista upplagan (1894) af HEATHS »Injuries and Diseases of the Jaws». Vid studerande af BERNAYS' eget arbete visar sig denna uppgift vara grundad på ett missförstånd. Han uppgifver sig visserligen hafva hopsamlat 122 fall af käkcystor, däraf de 100 hemtade ur MAGITÔTS kasuistik, men af dessa voro de 91 endast vanliga enkla tandcystor.<sup>1)</sup>

BECKER (1894), som angifver sin kasuistik vara tämligen fullständig, har endast funnit 18 fall lämpliga för kasuistisk bearbetning.<sup>2)</sup>

1) ALBARRAN uppgifver såsom skäl, hvarför icke han lyckats finna ett lika stort antal som BERNAYS, att fakultetens bibliotek i Paris befann sig i dåligt skick. Genom ofvau stående rättelse synes dock det parisiska bibliotekets anseende icke behöfva lida något afbräck af denna anledning.

2) BECKER synes icke hafva haft kannedom om ALBARRANS viktiga arbete, därjämte hade han i katalogen öfver det kungl. kirurgiska museet i England kunnat finna flere fall beskrifna. Utaf på tyska språket utkomna publikationer synes han icke hafva haft till sitt förfogaude BAYERS och HERMANNSS uppsatser.

Utaf de af mig sammanställda 40 fallen har endast i tre<sup>1)</sup> (meddelade af LISTON<sup>2)</sup>, ALBARRAN och BARKER) svulsten haft sitt säte i öfverkäken. Därjämte omtalar EVE i största korthet, att han mikroskopiskt undersökt ännu en svulst ifrån öfverkäken, och i MAGITÔTS kasuistik förekommer ett fall, meddeladt af MAYOR i Genève. Alla de öfriga fallen hafva haft sitt säte i underkäken. Det torde dock vara antagligt, att svulsterna i öfverkäken på grund af större svårighet vid diagnostisering i själfva verket äro tabrikare, än denna sammanställning utvisar.

I allmänhet har svulstbildningen, såsom i alla mina fall, börjat i molarregionen, ibland hafva de som i mitt fall (nr 8) börjat i undre delen af den uppstigande käkgrenen. I BRYKS fall hade svulstbildningen tagit sitt ursprung ifrån mellersta delen af käken.

Icke blott den hvita rasen synes vara hemfallen åt denna sjukdom utan äfven de öfriga; så meddelar BERNAYS ett fall, som förekommit hos en neger, BEATSON ett hos en hindu.

Utaf 40 fall hafva 25 kvinnor och 15 män varit angripna af denna svulstbildning.

Beträffande den ålder, då svulstbildningen först gifvit sig till känna, hafva de flesta fallen uppträdt emellan 26—35 åldersperioden; för öfrigt synes ingen ålder vara fri för sjukdomen, ty fall finnas anförda såväl från barnåldern, ja t. o. m. i ett fall kongenitalt, som ock ifrån hög ålder af ända till 75 år.

Den ålder, då svulsten först gifvit sig till känna, sammanfaller naturligtvis ej med dennas verkliga början, ja strängt taget äro de ju alla kongenitala. Huru långsamt dessa svulster kunna utveckla sig i sitt första stadium, få vi en god inblick uti genom studiet af de fall, där efter en ofullständig operation recidiv uppkommit ifrån kvarlemnade svulstrester; så t. ex. i mitt ena fall, där först efter 6 år en ny svulst var märkbar, ja, fall finnas, där detta dröjt ännu längre tid, ända till 12 å 15 år.

Man har velat göra tumörernas uppkomst beroende af inflammatorisk retning och hyperemi, utgångna från kariesade tänder, travmer å käken, vare sig bestående af frakturer af denne eller svåra kontusioner, eller ock efter illa verkställda tandextraktioner. Att alla dessa moment hafva haft sin betydelse

<sup>1)</sup> BECKER säger sig icke hafva funnit något fall i literaturen, men angffver, att EVE mikroskopiskt undersökt ett fall af LISTON. I ALBARRANS arbete liksom i HEATHS sista upplaga förekommer den felaktiga uppgiften, att förhållandet mellan svulsternas förekomst i öfver- och underkäken varit som 1 till 11. Detta beror på den förut omtalade missuppfattningen af BERNAYS' kasuistik.

<sup>2)</sup> Med.-chir. Transactions, 1836.

såsom bidragande till svulstens mera hastiga tillväxt, hvarigenom den först fullt tydligt framträd, är otvifvelaktigt, men att de gifvit första anstötten till svulstutveckling af de uti käken persisterande epitelresterna synes mig svårt att bevisa.

Beträffande svulsternas tillväxt, sker denna synnerligen långsamt, ändå långsammare än föregående svulstgrupper. I WAGSTAFFES, MALASSEZS och BRYKS fall hade svulsterna varat resp. 20, 23 och 26 år. Bland de yngsta fallen är mitt fall (nr 4), där svulsten endast var 8 månader gammal, och BAYERS fall, där svulsten endast var 2 månader. I allmänhet hafva, som BECKER angifver, svulsten varat emellan 5 å 10 år, innan patienten beslutat sig för operation.

Jag har efterforskat i kasuistiken, om någon mera konstant skillnad förefans i förhållande till individens ålder och svulstens mer eller mindre hastiga tillväxt men utan att kunna finna någon sådan. Däremot visar sig svulsternas tillväxt hafva varit vida hastigare i de fall, där cystabildningen varit mindre framträdande.

Beträffande svulsternas utveckling inom käken, vill jag här något närmare motivera några olikheter i den beskrifning, jag förut lemnat, och BECKERS skildringar af samma förhållande.

BECKER säger, att vid svulsternas utveckling käkbenet utspännes än mera åt den yttre än mera åt den inre lamellen; många gånger är uppdrifningen likformig.

Jag har endast kunnat finna ett enda fall, meddeladt af HEATH (a. st. s. 203), där hos en 47 års kvinna svulsten utvecklats nästan hufvudsakligen inåt munhålan. Eljes tyckes det, såsom förhållandet varit i mina fall, vara ganska karakteristiskt för dessa svulster, att de starkare utbukta det yttre benskalet.

En viktig sak, som hvarken BECKER eller ALBARRAN omtalar, är svulsternas förhållande till tandköttet, hvilket jag utförligt skildrat i mina sjukhistorier.

Svulsternas förhållande till tänderna har BECKER oriktigt framställt. BECKER påstår, att svulstbildningarna ej åstadkomma något spontant lossnande af tänderna, utan att dessa antingen alla eller till största delen blifva bibehållna. Där de saknats, säger han, att de borttagits på grund af den vid början af svulstbildningen för handen varande tandvärken. Oriktigbeten af denna uppfattning illustreras bäst genom ett fall af HERMANN<sup>1)</sup>, där svulsten efter några ars utveckling framkallade ett

<sup>1)</sup> Beitrag zur Entw. der Kiefereysten, Leipzig 1889.

smärtfritt lossnande af tänderna, så att patienten själf lätt uttog dem. Tänderna voro friska.

Jag har icke funnit något fall i literaturen, där alla tänderna funnits bibehållna. BECKER anför ett fall af TRZEKBICKY, men vid efterseende i originalet finner man, att en kindtand öfver svulsten saknades, och dessutom att 2 tänder sutto lösa i alveolerna. För öfrigt har jag kunnat direkt på mina egna preparat öfvertyga mig om, huru tänderna lossna genom proliferation af den i alveolerna uppskjutande svulstväfnaden.

Beträffande de svulster, som förekommit i öfverkäken, så kan naturligen ej någon allmän klinisk skildring af dem uppdragas, då endast så få fall äro kända; det torde dock hafva sitt intresse att meddela, huru det kliniska förloppet gestaltat sig i de fall, som hittills funnits.

LISTONS fall gälde en 24 års man, som för 2 år tillbaka fått en svår stöt å vänstra sidan af ansiktet. Det första tecken till svulstbildning gaf sig till känna 10 månader före operationen, därigenom att den sista molartanden spontant lossnade och föll ut, hvarefter tandköttet började ansvälla. Därefter började en svullnad af käkbenet framträda. Tumören växte långsamt utan smärta. Inga ulcerationer i betäckningarna. Käkbenet resecerades. Pat. dog 10 timmar efter operationen. Det uttagna preparatet visade antrum utfyllt af en hufvudsakligen solid men äfven cystös svulstmassa, som utspände dess vägg.

ALBARRANS patient var en 63 års man, hvilken sjukhistoria jag förut skildrat å sid. 34. Här vill jag endast tillägga några ord om svulstens förhållande till dess omgifning. Vid operations-tillfället visade sig svulsten, som var hufvudsakligen solid, utfyllande och utbuktande antrum, hvares främre vägg var borta. Hårda gommen var något nedbuktad. Tandköttet, ej ulcereradt, deltog i svulstbildningen. Svulsten var af mjuk konsistens på två ställen fluktuerande. Den hade ej försakat exophthalmus eller tårflöde ej heller smärtor. Inga ansvalda lymfkörtlar.

BARKERS fall är för ofullständigt återgifvet för att kunna refereras

Redan HEATH och ALBARRAN hade riktigt uppfattat och betonat den kliniskt malignare karakter dessa svulster antogo, i samma mon de utvecklade sig mera såsom solida svulster vare sig i sin helhet eller blott inom vissa partier. I BUSCHS förut anförda fall, där svulsten hufvudsakligen var solid, finna vi



äfvén, att svulstutvecklingen varit betydligt hastigare än det vanliga förloppet för dessa svulster. I mitt fall (n:r 4), där epitelbildningarna visade ringa tendens att ombilda sig till cystiska alveoler, finna vi, att på den kortaste tiden ( $1\frac{1}{2}$  år) den betydligaste destruktion af käken egt rum i jämförelse med de öfriga fallen. Utaf mina fall i öfrigt framgår, att det fall (n:r 6), där eystabildningen varit mest utpräglad, äfvén haft det långsammaste förloppet (8 år).

Utaf dessa mera solida tumörer synes mig endast de fall böra betraktas som mera godartade, där man funnit, såsom i det sista af BECKERS fall, en solid papillomatös svulst utvecklade sig inuti en vanlig tandcysta och utfyllande densamma. Där bildar cystans fasta bindväfskapsel en naturlig afgränsning af svulsten i förhållande till käken. NEUMANN<sup>1)</sup> har likaledes beskrifvit ett fall, som med största sannolikhet bör tolkas som en solid svulstbildning inuti en tandförande käkcysta.

De franske författarne NOVÉ-JOSSERAND och BÉRARD, som hafva skildrat de solida paradentära epitelomerna, beskrifva dem såsom godartade tumörer, som ligga iukapslade inom ett benskal, hvilket ej är infiltreradt af svulstmassa, och kunna behandlas endast genom en utskrapning af svulstmassan, ty äfvén om smärre svulstpartiklar skulle kvarstanna, synas de icke gifva anledning till nya svulster. Dessa författares slutsatser gälla endast de få fall af epitelom, som vi förut skildrat tillhörande de 2:ne första gruppernas svulster. De öfriga solida epitelomen utmärka sig just genom sin förmåga att infiltrera svulstkapseln, hvilket jag visat i de af mig undersökta fallen. Och att de, ofullständigt borttagna, recidivera, visa blanda andra DERUJNSKYS fall, i hvilket den ursprungliga svulsten borttogs af BILLROTH, men återkom efter 1 år med ett gauska hastigt växande recidiv.

Fullständigt exstirperade tyckas dessa svulster, äfvén de som i sin kliniska karakter förefalla mera maligna, gifva god prognos. Jag har i 4 fall kunnat följa patienterna efter resp. 3, 8, 12 och 21 år efter operationen, och i intet af dessa har recidiv uppträdt; likaså har jag funnit bestämda uppgifter i literaturen angående fall, som observerats längre tid efter operationen såsom BRYKS, KOLACZEKS, FALKSONS, TRZEBICKYS m. fl.

EVE har anfört ett fall utaf HEATH, där ett recidiv skulle uppstått, infiltrerande och ulcererande huden efter ett fullständigt

<sup>1)</sup> Archiv f. Klin. Chir., bd IV.



borttagande af ett multilokulärt kystom. Utaf beskrifningen finner man dock, att recidivet utgått från den afsågade benändan, och således har med största sannolikhet den ursprungliga svulsten ej varit fullständigt borttagen.

Efter ofullständiga operationer recidivera svulsterna vanligen med olika hastighet. Ibland antager recidivet en malignare form än den ursprungliga svulsten. I flere fall synes egendomligt, att svulsterna först efter många år återkomma, så i ett fall af HEATH 15 år, i ett fall af LETENNEUR<sup>1)</sup> 12 år. I mitt fall (nr 5), där recidiv inträffade på grund af en ofullständig operation, dröjde det 5 år, innan recidivet var märkbart in loco. Dylika fall lära oss att vara försiktiga vid bedömandet af för tidiga resultat efter operationerna.

HEATH omnämner ett fall, där efter upprepade operationer under 35 års tid för ett kystom slutligen utvecklade sig ett rundeellsarkom, som metastaserade.

MALASSEZ har uttalat den åsikten, att recidiv kunna uppträda därigenom, att parodontära epitelrester börja utveckla sig till svulster på andra ställen inom käken. Till stöd härför har han anfört ett fall, där en eysta uppstod i den ena hälften af käken och sedan en annan i den andra. Inom dessa svulsters område synes detta dock åtminstone vanligen ej förekomma.

Ett fall finnes omtaladt i litteraturen, där metastaser förekommit, mikroskopiskt undersökt af EVE. Fallet beträffade en 60 års kvinna med en hastigt växande underkäkssvulst, som hon först märkt sedan 13 veckor. Patienten dog 8 dagar efter operationen, och vid sektionen visade sig metastaser i de lumbala körtlarna närmast suprarenalkapslarna. Mikroskopisk undersökning visade, enligt EVE, såväl i käkssvulsten som i metastaserna samma struktur nämligen den af strängar af små epiteleller, centralt degenererade. Den mikroskopiska undersökningen borde hafva varit utförligare för att man säkert skulle kunna dömma i detta fall.

Diagnosen af svulsterna torde ej vara så svår att ställa med hänsyn till den karakteristiska kliniska och patologiska bild, som de gifva, och hvilken jag förut utförligt beskrifvit. I tvifvelaktiga fall torde punktion af de cystösa partierna lemna värdefull upplysning för att skilja dem å ena sidan ifrån de enkla tandeystorna, å andra sidan ifrån det cystiska sarkomet.

<sup>1)</sup> Gazette des hopitaux, 1874.

Det karakteristiska beträffande cystainnehållet i svulsterna är, att man vid punktion på olika ställen oftast erhåller olika beskaffad vätska, detta beroende på de olika degenerationer, som jag förut visat, att svulstcellerna undergå, än mera slemmig, än mera keratinös, hvarjämte äfven tillfälliga komplikationer kunna vålla blodigt eller varigt innehåll. Då jag ej förut skildrat cystainnehållet, vill jag här i korthet påpeka, att det utgöres än af en tunnflytande, gulaktig vätska, som ibland är mera slemmig, ibland innehåller kolestearinkristaller, än af ett mera segt slem, än af en mörjig detritusmassa, än af en mera ostig massa. Därjämte kunna i en del cystor finnas luft, var eller blod. För de mera solida tumörerna lemna den mikroskopiska undersökningen af en exstirperad svulst del det säkraste utslaget.

Till hjälp för den mikroskopiska diagnostiken har jag å taflorna 3 och 4 låtit afteckna såväl vid lägre som högre förstoring flere bilder, hvilka återgifva de för svulsternas igenkännande viktigaste strukturförhållandena.

### Svulsternas behandling.

En svulsts kirurgiska behandling kräver den noggrannaste kännedom om svulstens utbredning inom det angripna partiet. Ju mera vår kunskap härom ökas, desto rationellare och verkammare blir vår behandling.

Jag har därför inom denna hittills i denna riktning föga undersökta svulstgrupp gjort de noggrannaste makro- och mikroskopiska forskningar öfver svulsternas förhållande till den omgifvande friska väfnaden, och har i mina skildringar af de olika fallen beskrifvit de funna resultaten.

Dessa studier bilda den grund, på hvilken jag byggt min uppfattning om svulsternas terapi.

De tand- och tandväfsbildande svulsterna, hvilka, såsom jag förut skildrat, bilda väl afkapslade tumörer inom käken, kunna, såsom äfven föregående författare samstämmigt tillråda, bäst behandlas genom en temporär uppmejsling af käkbenet, tillräckligt stor, att de därigenom kunna enukleeras. Då de tandbildande svulsterna ännu till en del bestå af oförkalkad svulstväfnad, böra

dessa delar med omsorg aflägsnas, ehuru erfarenheten visar, att äfven om små delar kvarlemnats, dessa, såsom i OLLIERS fall, icke bildat några nya svulstbildningar utan endast taudrudiment; så synes i andra fall, såsom i HILDEBRANDS, att utaf dessa rester en ny svulstbildning kan uppstå.

De större ingreppen, bestående af resektion af käken, som blifvit verkställda för dessa svulster, hafva endast utförts därför, att svulsternas diagnos varit felaktig.

För de näst följande båda svulstgrupperna, hvilka jag kliniskt gemensamt afhandlat, bör behandlingen, enligt min tanke, vara densamma, som om man hade för sig ett osteosarkom.

Den bör bestå i en resektion af den angripna käken, där sågsnittet göres väl 2 em. ifrån den makroskopiskt synliga gränslinien för svulsten. Svulstväfnadens tydligen mera maligna egenskaper, den mikroskopiska påvisningen af infiltration i den friska väfnaden i svulstomgifningen gör, att här icke någon mera konservativ behandling bör användas. Dessutom kan man ur sjukhistorierna finna, huru starkt svulstväfnaden reagerar för trauma.

NOVÉS-JOSSERANDS och BÉRARDS råd att behandla dessa svulster med utskrapning af svulstmassan bör af anförda skäl ej följas.

Beträffande sista gruppens, kystomernas och det cystiska epitheliomets behandling, hafva de nyare författarne yttrat något olika mening.

HEATH säger, att hos unga personer, där cystorna äro fylda af flytande innehåll, och endast obetydlig svulst i benet förekommer, vill han försöka att med gouche aflägsna svulsten, sedan noga öfvervaka fallet och, i fall recidiv inträffar, förfara mera radikalt. I de fall, där större mängd solid svulst förefinnes i förening med ett multilokulärt kystom, eller där en solid svulst förefinnes jämte en eller flere cystor, anser han käkresektion böra göras.

ALBARRAN tillråder att vid dessa svulster göra total exstirpation af nybildningen, äfven om man får göra stor benresektion.

BECKER är af den åsikten, att i de fall, där jämte cystan solid svulstbildning uppträder, resektion bör göras: är svulsten nästan uteslutande cystös, bör man försöka lindrigare medel, hvarvid han rekommenderar att frilägga svulsten ifrån kinden med ett snitt längs nedre randen af käken och sedan exstirpera cystaväggarna och en del af munslembinnan.

Af stort intresse synes det mig vara att utreda, huruvida en exstirpation af svulsten vore möjlig med bibehållande af kontinuitet af käkbenet. ALBARRAN har i sin skildring af svulsternas patologi yttrat, att käkbenets nedre kant plägar kvarstå intakt. Jag har öfvertygat mig om, att i alla mina 6 fall det ej varit möjligt att bibehålla käkens kontinuitet, om ett fullständigt aflägsnande af svulsten skulle ega rum. Äfven käkens nedre kant har i alla fallen på sina ställen varit bortusurerad ända intill periostet och ersatt af svulstväfnad. I de flesta af dessa fall hade visserligen svulstbildningen varat ganska länge och uppnått betydande dimensioner med betydliga förstörelser af käken, men i fall n:r 8, där svulstbildningen i käken mera tedde sig i sin början, visade sig en infiltration ända ifrån tandköttet sträckande sig ned igenom hela käken i form af små, spridda, oregelbundet anordnade grupper, af hvilka de nedersta t. o. m. bildat usurer i den allra nedersta kanten af den kompakta undre benranden.

I fall n:r 5, där svulsten endast var valnötsstor, hade gjorts ett försök af en skicklig kirurg att med bibehållandet af käk-kontinuiteten aflägsna svulsten genom bortmejsling af yttre benväggen och utskrapning af svulstmassan. Detta lyckades dock ej, utan, såsom vi af sjukhistorien erfara, inträffade ett recidiv in loco.

Ifrån literaturen vill jag erinra om WALSHAMS fall, som först behandlades med subperiostal bortmejsling af yttre benväggen, enukleation af svulsten och kauterisering af sårhålan, men efter denna operation följde äfven recidiv på den förra tumörens plats efter 2 år.

LETENNEUR<sup>1)</sup> exstirperade likaledes en tumör, stor som två knytnäfvar, med bibehållande af ett ossöst band, som energiskt brändes, men äfven här inträffade recidiv, hvilket dock ej framträdde förr än efter 12 år.

På dessa grunder anser jag, att normaloperationen för dessa svulster bör vara resektion af den angripna käkdelen. Beträffande den utsträckning, i hvilken denna bör göras, anser jag, att sågsnittet äfven här bör läggas minst 2 cm. ifrån svulstens synliga gränslinie, ty mina preparat visa, att man kan finna spridda svulstgrupper ligga inneslutna i benspongiosan från ända till 1,5 cm:s afstånd ifrån svulstens makroskopiska gräns.

<sup>1)</sup> Gazette des Hopitaux, 1874, n:r 7.

HEATHS förut anförda fall, där efter resektion af ett kystom en svulst växte ut ifrån den ena resecerade benändan, infiltrerande omgifvande njukdelar och huden, illustrerar faran af att resecera för knapt.

Jag vill dock medgifva, att i de fall, då vi få dessa svulster i ett tidigt stadium, ett försök att borttaga dem utan att upphäfva käkens kontinuitet kan försvaras på grund af svulsternas relativt godartade karakter, visande sig särskildt i recidivernas långsamma utveckling, ehuru väl utsikterna att lyckas ej äro så stora. Härvidlag skulle jag vilja förfara så, att jag bortmejslade yttre benväggen, så att jag frilade svulstens inre, därefter mejslade jag bort af benväggen rundt om svulsten så mycket, att jag hade en gränsszon af ungefär 2 cm:s tjocklek rundt om svulstväfnaden, aflägsnade sedan svulsten och den kringliggande fripreparerade benspongiosan med hålmejsel, exstirperade tandköttet fullständigt, motsvarande svulsten, tamponerade och förband. I HERMANN'S fall recidiverade svulsten därför, att tandköttet ej blifvit borttaget.

---



## Om excision vid spina bifida.

Af

ANDERS HANSSON

i Varberg.

(Forts. fr. n:r 3.)

### VI. Indikationer.

Vid uppställandet af indikationer för excision vid spina bifida har man i första hand att göra sig reda för, hvad man med en behandling af spina bifida cystica kan uträtta (BERG). Bliir svaret på denna fråga, att »en säker radikal bot ej är möjlig och detta ej ens vid det enkla meningocoelet,» och besinnar man därtill, att »i det vida öfvervägande antalet fall af spina bifida handlar det om högst betydliga förändringar i själfva ryggmärgen och nervelementen, mot hvilka vi intet mäktat, så blir slutsatsen den, att behandlingen af denna åkomma bör »inskränkas till att trygga mot de medelbara faror, som hota den därmed behäftade. Dessa faror äro hufvudsakligen infektionsmyelit och bristning af tumören med dess vådor. Däraf följer, att en snar behandling är allra mest af nöden vid myelomeningocoelet, där dels den all skyddande betäckning beröfvade ryggmärgsskifvan (area medullo-vasculosa) i hög grad disponerar för en fortkrypande myelit, dels den mer eller mindre breda del af tumören, där väggen utgöres ensamt af piaväfnad, blottställes för bristning, vare sig genom gangren eller i följd af travmer.» (BERG). Då porten så att säga står vidöppen för infektionsämnens inträngande genom polgropar och lymfbanor, kan man säga, att vital indikation föreligger för att skaffa ett skyddande hudlager öfver den blottade ryggmärgsresten. Professor BERG angifver själf<sup>1)</sup> sina indikationer sålunda: »*Spineæ bifidæ med blottad*

<sup>1)</sup> Förhandl. vid Svenska läkaresällsk. sammankomster år 1886, s. 247.

*area medullo-vasculosa* eller bred *zona epithelio-serosa* böra opereras, så framt barnets allmänna tillstånd — frihet från andra lifsfarliga missbildningar etc. — det tillåter, och inga svårare förlamningssymptom finnas. Operationen bör ske så snart som möjligt före inträdd infektion.»

Vid granskning af de 24 efter Prof. BERGS metod opererade fallen, finner man, att operation företagits för *myelomeningocel* i 21, *meningocel* i 2 och *myelocystomeningocel* i 1 fall. Förlamningar förefinnas i 4 fall (n:r 1, 7, 13 och 19), andra missbildningar i två: pes varo-equinus i ett (n:r 8), omphalocel i ett (n:r 1). Perforation af cystan med utflöde af cerebrospinal-vätska förelåg i två fall (n:r 7 och 18), hydrocephalus i två (n:r 7 och 15) och septisk beläggning å *area medullo-vasculosa* i två (n:r 12 och 20). Om nyss nämnda indikationer blifvit strängt följda, skulle möjligen fallen n:r 1, 7, 13 och 19 icke hafva kommit till operation. Men då så likväl skedde, var det för att afvärja den öfverhängande faran af infektionsmyelit, hvilken vid fallet n:r 7 var så mycket större, som cystan var perforerad. De konkomiterande missbildningar, som i två fall förefinnos, voro ej af så svår beskaffenhet, att de i och för sig utgjorde någon kontraindikation. Fara för septisk infektion existerade otvifvelaktigt i de båda fall (n:r 7 och 18), där perforation af cystan egt rum, och den var tydligt utpräglad i fallet n:r 12, där den lätt blödande arean hade difteritisk beläggning. I intetdera af dessa tre fall ansågs dock denna fara innebära kontraindikation mot ingreppet. Att fallet n:r 15, trots tydliga tecken till hydrocephalus, kom till operation berodde på föräldrarnas uttryckliga önskan. — Åldern vid operationen uppgifves för den yngste patienten hafva varit 2 dagar, för den äldste 11 månader. I ett fall (prof. ROSSANDERS) uppsköts operationen, för att barnet skulle blifva kraftigare. Utom i detta enstaka fall synas barnen hafva blifvit opererade, så snart de inkommit på de resp. sjukhusen, det vill altså säga: »så snart som möjligt före inträdd infektion,» där dylik ej funnits redan vid inkomsten.

Dr: BORELIUS går ett steg längre än prof. BERG. Han anser nämligen, att hvarken förlamningar eller hydrocephalus böra utgöra kontraindikationer, emedan de ingenting hafva att skaffa med operationen, och hvad man därmed afser att vinna: »befriande af barnet från den öfverhängande lifsfara, som i hvarje ögonblick genom missbildningen hotar det samma.» Denna



fara för lifvet är naturligtvis mera hotande, ju tunnare vägg cystan har, och ju starkare spänningen är i den samma. Har cystans vägg ulcererat och är den nära att brista eller har redan Brustit, så föreligger en *indicatio vitalis*, som fordrar omedelbar operation. Den enda kontraindikation mot operationens utförande, som, enligt dr BORELIUS, bör få gälla, är barnets allmänna tillstånd. »Är detta så uselt, att barnet ögonskenligen ej öfverlever operationen, är naturligtvis bäst att låta bli.»<sup>1)</sup>

De utländska skriftställarne lägga i dagen en mångfald af skiftande åsikter rörande indikationerna för operation å spina bifida, och ännu alltjämt tyckes denna fråga vara föremål för stridigheter. BAYERS indikationer synas, liksom hans operations-teknik, komma närmast Prof. BERGS. Vid ett sammanträde af tyska läkaresällskapet i Prag, under början af år 1890, formulerade han dem — egentligen med anledning af DE RUYTERS publikation i ämnet — på samma sätt, som han två år senare i Prag. med. Wochenschr.<sup>2)</sup> uttalade dem: 1:o vital indikation till operation af spina bifida sacralis och lumbosacralis föreligger — så vida icke förlamningar eller komplikationer med andra svåra missbildningar, klumpfot undantagen, existera — i alla de fall, där säcken vid födelsen är perforerad eller brister under partus, eller har en zona medullovasculosa; 2:o) operation är indicerad äfven då förlamningar förefinnas, om fara för infektion från det blottade ryggmärgspartiet hotar, och barnet är kraftigt utveckladt; 3:o) vid de fall, som hafva en sluten, med normal hud beklädd säck, bör man dröja öfver den spädaste barndomen, men operationen får, om barnet i öfrigt är friskt och starkt, ej uppskjutas för länge, ty man måste i tid sätta en gräns för de oundvikliga, travmatiska insulter, som utifrån hota tumören. 4:o) en något större fontanell än vanligt förekommer i nästan alla fall, men detta bör ej hindra operationen, om den i öfrigt är indicerad. Något annorlunda står saken vid utpräglad hydrocephalus. Vid en mindre grad däraf kan visserligen operationen lyckas, men om hydrocephalus sedan ständigt ökas, måste resultatet, äfven af en lyckad operation, därigenom i väsentlig mon grumlas. För BAYER är det endast barnets allmänt dåliga tillstånd samt komplikationer med andra svåra missbildningar eller sjukliga

<sup>1)</sup> Hygiena 1889, s. 538.

<sup>2)</sup> BAYER: s. st. 1892, s. 335.

förändringar i iure organ, som utgöra kontraindikationer. Han opererar »womöglich nur in jenen Fällen, in welchen die Aussicht besteht, durch den Eingriff den Zustand des Kindes wenigstens theilweise zu bessern».<sup>1)</sup>

Granskar man BAYERS sjukdomshistorier, så finner man, att förlamningar förelegat i fem fall (n:r 25, 27, 30, 31 och 35), andra missbildningar i två (prolapsus recti et vaginæ i n:r 27, fotdeformiteter i n:r 30), hydrocephalus i tre (n:r 29, 32 och 38) samt perforation in partu i ett (n:r 36). Han erkänner själf, att han af dessa ej bort operera n:r 35 (på grund af den vid obduktionen konstaterade bronkiten), ehuru å andra sidan vital indikation förelåg i nekrosen å säcken. Äfven medger han, att fallet n:r 32 »wäre mit Rücksicht auf den bestehenden Hydrocephalus vielleicht auch besser nicht operirt geblieben»,<sup>2)</sup> samt att det var ändamålslost att operera fallen n:r 27 och 31. Vid det förra funnos nämligen vidt omfattande förlamningar, och det senare var ett myelocystocele. — Åldern, vid hvilken det operativa ingreppet företogs, varierade mellan 3 dagar och 2 år. I intet fall synes uppskof med operationen hafva egt rum.

Betydligt större inskränkningar i indikationerna gör HILDEBRAND. Det afgörande momentet är enligt hans åsikt, om patienten har svåra förlamningar i extremiteter, blåsa eller rectum. »Solche Fälle sind unbedingt von der Operation ausgeschlossen».<sup>3)</sup> Skälet till denna hans åsikt är, att i intet fall hafva dessa förlamningar förbättrats efter operationen — helt naturligt emedan de äro beroende af defekten i ryggmärgen, som ej kan ändras genom någon operation. »Soll man unter solchen Umständen durchaus die Cyste beseitigen um das Kind am Leben zu erhalten?» frågar HILDEBRAND och svarar själf sålunda: »Der Arzt hat doch gewiss nicht die Aufgabe, à tout prix das menschliche Leben zu erhalten. Solche Fälle soll man ruhig sterben lassen; das ist besser als durch schön ausgedachte Methoden ihr Leben noch zu verlängern; Krüppel bleiben sie doch».<sup>4)</sup> Man skulle kunna sammanfatta HILDEBRANDS indikationer så, att han anser både meningocelen, myelomeningo-

<sup>1)</sup> BAYER: a. st. 1892, s. 334; noten.

<sup>2)</sup> BAYER: a. st. 1892, s. 334.

<sup>3)</sup> HILDEBRAND: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1893, s. 504.

<sup>4)</sup> A. st.

celen och myelocystor böra opereras, så vida ej patienten är förslamad eller har hydrocephalus, eller andra missbildningar finnas jämte spina bifida. Genom dessa inskränkningar skulle altså operation vid en stor del af myelomeningocelena samt åtskilliga myelocystocelen vara kontraindicerad. Endast meningocelen och ett ringa antal myelomeningocelen samt myelocystor blefve kvar för operation. Hvad särskildt den senare formen angår, detaljerar han indikationerna så, att, om cystan är *liten* och *icke* tillväxer, gör man bäst i att tils vidare uppskjuta operationen, emedan säcken i sådana fall vanligtvis är beklädd med normal, tjock hud. Är cystan däremot relativt stor, eller om den tilltager i omfång och väggarna förtunnas, bör man ej dröja för länge med det operativa ingreppet. Enligt HILDEBRANDS egen uppgift hafva på Göttinger-kliniken opererats 10 meningocelen och 3 myelocystocelen. [Detta stämmer dock ej fullt öfverens med diagnoserna vid de resp. sjukdomsberättelserna. Han säger likaledes på ett ställe, att alla de tre opererade myelocystorna voro belägna i lumbosakralregionen, på ett annat att två hade sitt säte i denna region och en i nacken<sup>1)</sup>]. Vid två af hans fall (n:r 45 och 46) fans hydrocephalus, och i ett hade perforation af cystan egt rum. Man kan ej undgå att vid de i HILDEBRANDS kasuistik upptagna fallen lägga märke till, att patienterna (med ett undantag) befinna sig vid en relativt högre ålder än de förut omtalade operatörernas. Den allra spädaste barndomen söker HILDEBRAND, så vidt det är möjligt och ej vital indikation föreligger, att komma öfver, för att barnet skall kunna vänja sig något vid renlighet.

Närmaste anledningen till, att BAYER och HILDEBRAND kommo att uppställa ofvan anförda indikationer och kontraindikationer, var den af DE RUYTER publicerade<sup>2)</sup> redogörelsen för fallen på v. BERGMANN'S klinik. DE RUYTER har nämligen mycket trängt begränsat indikationerna för operativt ingrepp vid spina bifida. Det är egentligen endast meningocelena, som, enligt hans åsikt, böra opereras och detta af följande skäl: 1:o) tager han för gifvet, att nevroparalytiska sår inom längre eller kortare tid måste uppträda hos barn med denna missbildning, och att detta måhända kan förhindras genom operation;

1) Jämför med hvarandra: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXII. 1893, s. 81 och Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1893, s. 508.

2) DE RUYTER: a. st.

2:o) fasthåller han det faktum, att meningocoelet i och för sig är ett locus minoris resistentiæ, samt att faran för meningitis ligger nära till hands, och 3:o) emedan man bör söka afhjälpa de subjektiva obehag, som en dylik svulst alltid medför. — Vid myelomeningocelena åter anser han i de allra flesta fall operation vara kontraindicerad, emedan man icke en gång kan förminska cystans lumen utan att ledera nerver. Om ryggmärgsresterna förlöpa i myelomeningocoelets vägg eller fritt genom cystans lumen till toppen och där »inseras», bör enligt DE RUYTER pat. i intetdera fallet opereras. Skulle däremot i ett myelomeningocoele finnas endast ett högst obetydligt antal nerver, delar af filum terminale eller dyl., är operation ej kontraindicerad. Vid myelocystocelena uppställer han endast kontraindikationer. Dels gäller det, säger han, i allmänhet små och föga prominenta cystor, dels känner han inga andra fall af myelocystocoele än sådana, där huden varit fullt intakt, och slutligen synes honom ett in i centralkanalens gående ärr vara ett föga eftersträfvansvärdt mål. — Hvad lämpligaste tiden för ingreppets utförande beträffar, anser DE RUYTER, att »man ej bör operera för små eller för svaga barn».

På ungefär samma ståndpunkt som HILDEBRAND står MUSCATELLO i fråga om indikationerna för operatift ingrepp. Vid alla formerna af spina bifida utgör hydrocephalus, till och med i ringa grad, lika så väl som andra svåra missbildningar eller förlamningar för honom obetingadt kontraindikation.<sup>1)</sup> Meningocelena anser han böra opereras men myelomeningocelena däremot icke. De företeelser, som vanligen utmärka denna form: bendefektens storlek, den svåra rubbningen i ryggmärgens utveckling, de sekundära förändringarna i den öppna medullarfåran samt de konkomiterande symptomen och funktionsrubbningarna i organ, som innerveras af det afficierade partiet och distalt därom belägna delar af ryggmärgen, tala, enligt hans åsikt, tillräckligt för omöjligheten af utsikt till förbättring efter operatift ingrepp. Huru kan man väl hoppas, att hela grupper af ganglioceller, som ofullkomligt utvecklats, eller förstörts genom circulationsrubbningar eller kanske genom yttre mekaniska inflytelser, skulle kunna återställas genom en operation? Huru kan man vänta, att förlamningar af extremiteter, blåsa eller rectum skulle kunna gå tillbaka genom operatift ingrepp,

<sup>1)</sup> MUSCATELLO: a. st., s. 295.

då likväl dessa rubbningar bero på frånvaron af vissa ryggmärgscentra? Kunnat vi slutligen på det afficerade stället återställa de afbrutna ledningsbanorna i ryggmärgen?<sup>1)</sup> Det själfskrifna svaret på dessa frågor finner MUSCATELLO till fullo bevisa olämpligheten af ett operatift ingrepp vid myelomeningocele. »Der Arzt hat sich stets gegenwärtig zu halten, dass sein Eingreifen nur dann berechtigt ist, wenn es dem Kranken Heilung oder wenigstens Besserung bringt und die Beschwerden des Leidenden, wenn nicht ganz beseitigt, so doch erträglicher macht.»<sup>2)</sup>

Frågan om myelocystocelenas operabilitet underkastar han en vidlyftigare undersökning, liksom han förut gjort med dessa formers anatomi. Den kontraindikation mot operation af myelocystorna, som man vanligtvis ansett ligga däri, att ryggmärgen själf utgör en del af säckväggen, håller ej streck inför MUSCATELLOs granskning. Ty då det framgår af de anatomiska förhållandena, att litet eller intet finnes kvar af detta ryggmärgspartis specifika beståndsdelar, och någon tanke på dess normala funktion således ej kan komma i fråga, så finner han intet hinder existera för dess borttagande. Inga ledningsbanor skulle därigenom blifva afbrutna; ingen märkbar förändring och ännu mindre någon försämring skulle kunna framkallas af en operation. På den ascenderande degenerationen i ryggmärgens bakre strängar, som utgör en oundviklig följd af ett afbrott i ledningen, kan ett operatift ingrepp icke als eller endast i högst ringa grad hafva inflytande. Om inga svåra motilitets- eller sensibilitetsrubbningar finnas, kan man hoppas, att det afficerade ryggmärgspartiet är tämligen litet, och att lindrigare sådana, som möjligen äro för handen, äfven för framtiden skola förblifva inom måttliga gränser. Af dessa skäl anser han det berättigadt att exstirpera de enkla myelocystocelena, så framt icke andra missbildningar eller svåra funktionsrubbningar utgöra kontraindikationer.

Af de komplicerade (kombinerade) myelocystomeningocele bör, enligt MUSCATELLO, myelocystomeningocele dorsalis alltid behandlas operatift.<sup>3)</sup> Vid myelocystomeningocele antero-posterior kontraindiceras vanligen operationen af missbildningar i andra organ, djupt ingripande funktionsrubbningar, kröknings-

<sup>1)</sup> A. st., s. 291.

<sup>2)</sup> A. st., s. 292.

<sup>3)</sup> A. st., s. 294.

anomalier i col. vertebr. eller stor defekt i kotorna. Under sådana förhållanden synes honom ingen förbättring kunna vara att vänta genom en operation. Och hvad slutligen myelocystomeningocele ventralis angår, så anser han det icke troligt, att någon skulle vilja vid denna form företaga ett operatift ingrepp för att bibehålla vid lif en varelse, som, alldenstund nervsubstansen i ryggmärgens ventrala del är alldeles förstörd och i den dorsala i högsta grad atrofisk, måste lida af svåra rubbningar i rörelse- och sensibilitetsapparaten.

De anförda författarne taga, såsom synes, den moderna uppfattningen af missbildningens patologiska anatomi till utgångspunkt vid uppställande af indikationerna för den operativa behandlingen. Endast i ett ytterligare fall har jag i literaturen funnit detta förhållande ega rum, nämligen vid redogörelsen för LÜCKES indikationer, i hans lärjunge SIEGERTS afhandling 1889. Dessa torde kanske vara förtjänta af en viss uppmärksamhet på den grund, att de utgingo från kliniken i *Strassburg* ej synnerligen långt efter v. RECKLINGHAUSENS arbete.

SIEGERT tyckes ej strängt skilja på de spinala meningo-celena och myelomeningo-celena. Han har nämligen endast två kategorier: myelomeningocele och myelocystocele. För det förra slaget uppställer han så lydande indikationer: 1) Är tumören stjälkad och dess kommunikation med ryggmärgskanalen påtagligen liten, så bör excision företagas. 2) Har tumören bred bas och är betäckt af normal hud samt bildar en måttlig prominens, utan att märkbart tillväxa, bör den ej opereras, utan behandlas palliatift. 3) Har tumören ej tillräcklig normal hudbetäckning, men dock så mycken, att den kan lineärt hopfogas, bör excision företagas. Räcker den normala huden ej till, så måste man efter hopsuturering af meningerna täcka defekten genom en plastisk operation, bestående i bildande af sidolambæer. Närvaro af nerver i säcken utgör ingen kontraindikation, ty genom lämpligt tillvägagående kunna de på vederbörligt sätt skonas. För att operation vid enkla och sammansatta myelocystocelen skall kunna komma i fråga, anser SIEGERT att de böra vara belägna i dorsalregionen och ej komplicerade med för svåra förlamningar eller med hiatus abdomino-vesico-intestinalis. Är tumören ett enkelt myelocystocele, relativt litet och betäckt af normal hud samt ej stadt i märkbar tillväxt, föreligger enligt hans mening kontraindikation. Alla ingrepp vid myelocystomeningo-

celen förkastar SIEGERT helt och hållet. Som man finner, äro hans indikationer och kontraindikationer väsentligen de samma som MUSCATELLOS och skilja sig från dessa endast i fråga om myelocystomeningocele antero-posterior.

Öfrige författare, som under den antiseptiska tiden skrivit om excision vid spina bifida, hafva, med få undantag, endast i största korthet yttrat sig om indikationerna för den operativa behandlingen. Sålunda säger RANKE (1877<sup>1</sup>), att ett kirurgiskt ingrepp är indicerat endast vid »hydromeningocele»; HOFMOKL (1878<sup>2</sup>) att excision vid spina bifida ej bör ifrågakomma annat än vid sådana fall, där ingen ryggmärg finnes i säcken, emedan detta förfaringssätt är för mycket ingripande; NETZEL (1883) att operation ej bör repeteras vid fall sådana, som det han opererat (»hydromyelocele + hydrocephalus») — »ty äfven om barnet i fråga icke affidit af hydrocefalus, så kan det väl icke antagas, att nervledningen till de nedre extremiteterna hade kunnat återställas, och barnet hade då, om det öfverlevvat, blifvit en obotlig och onyttig krympling,»<sup>3</sup>) och LÖBKER (1884) att extirpation vid »myelocele» är berättigad »bei erheblicher Missbildung und drohenden Platzen des Tumors.»<sup>4</sup>) Vidare anser KLEIN (1885<sup>5</sup>), att indikation till excision föreligger, 1) om på grund af tumörens tillväxt oroande symptom från nervsystemet uppträda; 2) om perforation hotar att inträffa; 3) om tumören uppnått en sådan storlek, att intet mera återstår att göra på palliativ väg, och 4) om man med säkerhet kan diagnosticera, att inga nervelement finnas i säcken. Slutligen uttalar sig MONOD (1892 och 1893) i allmänhet om indikationerna sålunda: »L'excision paraît mériter la préférence toutes les fois qu'elle est applicable, c'est-à-dire toutes les fois que l'enfant semble assez résistant pour supporter l'opération, et lorsqu'il existe à la base de la tumeur une quantité de peau suffisante pour que la réunion des parties divisées soit possible.»

Utförligare yttrar sig däremot ROBSON (1883) om indikationerna för excisionen.<sup>6</sup>) »For purposes of treatment» föreslår han följande klassificering af spina bifida.

<sup>1</sup>) RANKE: Zur Etiologie der Spina bifida lumbalis. Jahrb. für Kinderheilkunde 1877, XII. Enl. SCHILLS referat i SCHMIDTS Jahrbucher, 1881.

<sup>2</sup>) HOFMOKL: a. st.

<sup>3</sup>) Förhandl. vid Svenska läkaresällsk. sammankomster år 1883, s. 22.

<sup>4</sup>) VOGT: a. st.

<sup>5</sup>) KLEIN: Zur Casuistik der Spina bifida. Dissert. Nürnberg 1885.

<sup>6</sup>) MAYO-ROBSON: Clinie. Soc. Transactions, a. st. s. 218.



- 1) Fall, där operation hvarken kan eller bör göras,
- 2) fall, där operation ej behöfver göras, och
- 3) fall, där operation bör göras.

Till den första kategorien räknar han sådana fall, där deformiteten är mycket stor, »as in fissure of the whole or a considerable portion of the vertebral canal,» (sålunda rachischisis); vidare sådana, som äro komplicerade med fullständig paraplegi, och slutligen de fall, där säcken är stor, fissuren (defekten) vid och betäckningarna ytterst tunna ända ned till basen af tumören, så att ingen hud kan erhållas för att täcka meningerna. Till den andra kategorien hänför han de fall, där säcken är liten och betäckningarna så tjocka och fasta, att de bilda »a good pad over the opening in the spinal column,» och till den tredje åter a) de fall, där säcken endast genom en liten öppning kommunicerar med spinal-kanalen; b) sådana fall, där säcken har god hudbetäckning, äfven om kommunikationen med spinalkanalen är stor; c) t. o. m. fall, där betäckningarna äro tunna, och man för att täcka det definitiva såret måste taga hudlambåer från angränsande delar, samt slutligen d) också de fall, där cystan innehåller ryggmärg eller nerver, som på lämpligt sätt böra skonas.

Såsom af denna öfverblick framgår, hafva auktorerna varit nära nog lika oeniga om indikationerna för det operativa ingreppet som om själfva förfaringssättet. Att en mängd kontraindikationer skulle uppställas på en tid, då man ej närmare kände dessa cystors patologiska anatomi, är nästan själfklart. Men man måste dock förvånas öfver de många olika punkter pro et contra, som LABORIE (1845<sup>1</sup>) uppställt, och gifva RASMUSSEN<sup>2</sup>) rätt, då han efter att hafva anfört dem säger: »indikationerna böra ökas och kontraindikationerna minskas.» Så har väl äfven småningom skett, fast man ej blott hos TRAWITZ utan ännu så sent som hos GUIBBAUD och ROHMER<sup>3</sup>) finner LABORIES teorier in extenso återgifna och ej alldeles förkastade. I samma mån, som kunskapen om cystornas anatomiska byggnad ökades, vann man emellertid äfven ett rationellt underlag

<sup>1</sup>) LABORIE: Ann. de la chir. franc. et étrang. 1845. enl. TRAWITZ: Du spina bifida. Thèse. Strassburg 1869, s. 37.

<sup>2</sup>) RASMUSSEN: Om Spina bifida og dens Behandling. Hospitals-Tidende 1871, n:r 42—14.

<sup>3</sup>) ROHMER i Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1888, ser. 4. t. XIV, art. Hydrorachis.



vid uppställande af indikationer för det terapeutiska ingreppet och speciellt excisionen. Så mycket torde väl numera kunna sägas stå fast, att af samtliga operatörer anses operativ behandling vara indicerad vid de flesta *meningocclen*. I fråga om *myelomeningocclena* är det, som de skiljaktiga åsikterna mest göra sig gällande och indikationerna bero här, liksom i allmänhet äfven vid *myelocystocclena*, hufvudsakligen på hvilket mål, man ställer för operationen. Om ingen af de tre formerna i och för sig kan man säga, att den *bör* eller *icke bör* opereras. Två faktorer, *hydrocephalus* och *förlamningar*, måste alltid tagas med i räkningen. Gifver man åt dessa så stor betydelse, att de betraktas såsom kontraindikationer, blifva en mycket stor del spina bifida-patienter lemnade åt sitt öde. Afser man åter med operationen endast att förekomma lifsfarlig infektion och hindra yttre mekaniska skador å tumören, samt hyser den åsikten, att detta lika litet har att skaffa med följderna af en latent eller sedermera sig utvecklande hydrocephalus, som med möjligen för handen varande paralytiska fenomen, samt att frågan »huruvida det är en lycka eller olycka att lefva med förlamad blåsa och partielt förlamade extremiteter» icke hör dit — då utvidgas indikationsgränserna i betydlig grad. Hvarje operatör måste naturligtvis härvidlag handla efter de grundsatser, han anser vara de rätta. Mången gång kan läkaren komma att stå inför fall, där i främsta hand sociala skäl blifva bestämmande för hans handlingssätt. Lefver barnet under särdeles gynsamma yttre förhållanden, kan en operation äfven vid komplikationer med förlamningar eller t. o. m. hydrocephalus, synas honom mera indicerad, än om patienten befunne sig i sämre lefnads-vilkor. Ett viktigt moment är under alla omständigheter de anhörigas uttryckliga önskan, att, till hvarje pris, *något* måtte göras för barnet. HILDEBRANDS åsikt: solche Kinder soll man in Ruhe lassen; man soll sie ohne Operation sterben lassen, je eher sie sterben desto besser,<sup>1)</sup> kan helt visst icke accepteras af hvarje läkare — och allra minst af dem, som med genialiskt uttänkta metoder vetat råda bot för ett såsom obotligt ansedt ondt. Kasuistiken vid excision för spina bifida, sådan den gestaltat sig under antiseptikens hägn, har redan visat icke blott ett rätt betydligt antal positiva läkningar, utan äfven att vid en mycket svårare form af missbildning än här är fråga

<sup>1)</sup> HILDEBRAND: a. st. 1893, s. 507.

om (rachischisis), operatift ingrepp kunnat medföra temporär förbättring under månader (KOCH<sup>1</sup>). Äro barnets krafter tillräckliga för själfva operationen, och kan man genom denna åstadkomma åtminstone *någon* förbättring, bör man väl ej förvägra dessa små en dylik lindring i deras elände, äfven om den skulle vara endast öfvergående. Tyvärr måste man alltid erinra sig MONODS ord: *l'avenir des enfans atteints de spina-bifida, qu'ils soient opérés ou non, est toujours particulièrement sombre.*<sup>2</sup>)

## VII. Excisionsmetodens resultat. Jämförelse med andra behandlingssätt.

För ett grundligt och allsidigt bedömande af de resultat, som uppnåtts genom excisionsterapien vid spina bifida, skulle bland annat fordras tvänne betingelser: tillförlitlig vetskap om hvilken form af missbildningen, som i hvarje särskildt fall varit föremål för operationen, samt uppgift om, huru patientens vidare öden gestaltat sig. Tyvärr är det — oaktadt sjukdomsberättelserna, så vidt möjligt varit, hemtats ur originalkällor — endast sällan, som upplysningar om dessa båda punkter stått att vinna. Denna ofullständighet i källorna låter dels förklara sig därigenom, att man länge saknade tillräcklig kunskap om spina-bifida-cystornas byggnad, dels genom bristen på senare ingångna underrättelser om patienterna — en brist, som gör sig förnämbar på alla kirurgiens områden. I det stora flertalet fall är det således endast operationens omedelbara resultat — huruvida den medfört läkning eller död — som angifvits. Samma ofullkomlighet vidlåder dock äfven uppgifterna, där andra behandlingsmetoder följts, och vid försök till jämförelse mellan siffrorna står man därför på lika grund. Det har anmärkts (MUSCATELLO<sup>3</sup>) att en statistik öfver resultaten af spina bifida-excisioner ännu ej skulle tjena mycket till, ty osäkerheten eller ofullständigheten i diagnosen vore, särskildt hos engelska och amerikanska operatörer, altför stor. För så vidt

<sup>1</sup>) KOCH: a. st., s. 53.

<sup>2</sup>) MONOD: Traitement du spina bifida. Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. 1893, bd. XIX, s. 209.

<sup>3</sup>) A. st., s. 299.

man begär en noggrann differentiering mellan de olika formerna och en därpå stödd statistik, kan nog ett dylikt påstående hafva sin riktighet. Men gäller det resultatet af behandlingsmetoder, bland hvilka åtminstone en (den Mortonska) uppgifves hafva tagit fallen en bloc, utan åtskilnad,<sup>1)</sup> så är det otvifvelaktigt fullt berättigadt att anställa en summarisk jämförelse mellan dessa och samtliga de inom den antiseptiska tiden opererade. Därmed förnekas ingalunda hvarken önskvärdheten af en exaktare diagnos i kommande publikationer, eller behöfligheten af statistiska utredningar med noggrannare sofring af materialet, än hvad hittills varit möjligt.

I den kasuistik, som åtföljer detta arbete, äro sammanställda 149 fall af excision för spina bifida cystica. Denna siffra hade kanske kunnat ökas med ett eller annat tiotal, om jag ej följt den grundsatsen att uteslutande upptaga de fall, där excisionen utgjort det väsentliga momentet i ingreppet. Därför hafva t. ex. icke sådana medtagits, där en ligatur eller en klämmare lagts omkring stjärken och fått kvarligga, tills nekros börjat inträda, då ofta »excision» gjorts endast i syfte att förkorta afstöttningsprocessen (PYE,<sup>2)</sup> MOUCHEZ,<sup>3)</sup> CECI<sup>4)</sup> m. fl.). Att däremot i likhet med BELLANGER utesluta alla fall, där basen på något sätt preliminärt afstängts,<sup>5)</sup> omedelbart före cystans aflägsnande, har icke synt mig lämpligt, ty genom en dylik begränsning skulle en hel del komma att inordnas under andra metoder än excisionens, dit de dock faktiskt höra. Några fall, där spina bifida varit kombinerad med annan tumörbildning, och där ingreppet hufvudsakligen riktats på exstirpation af denna tumör, har jag icke anfört i kasuistiken.<sup>6)</sup> Och slutligen

<sup>1)</sup> Åtminstone uppger MORTON själf (a. st., s. 212): »there has been no choosing of cases, this number (de fyra sista under år 1886) including all that have been presented to me».

<sup>2)</sup> WALTHER PYE: Case of spina bifida cured by operation. Brit. med. Journ. 9 juli 1881, s. 47.

<sup>3)</sup> MOUCHEZ: Hydrorachis, traité par la ligature élastique, suivie d'excision. Gaz. des Hôp. 1876, n:r 54. Ref. i Virch. Hirsch.

<sup>4)</sup> ANTONIO CECI: Idromeningocele della regione dorsale. Legatura elastica asettica del tumore. Guarigione. Gaz. degli ospit. 1891, 29 lugl., n:r 59, s. 562. (första fallet)

<sup>5)</sup> BELLANGER: a. st., s. 55. not.

<sup>6)</sup> Jämför i detta afseende I. DUNCAN: Case of spina bifida, treated by excision. Edinburgh med. Journ. 1875, okt., s. 343.

II. SCHREIBER: Beitrag zur Casuistik der angeborenen Sacralgeschwülste. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1879, s. 335.

III. JEFFERSON: On a case of spina bifida masked by a fatty tumor. Lancet 1883, II, okt. 13, s. 633.

IV. JACOBI: Lipoma of back. Newyork med. Journ. 1881, bd 31.

V. JALAGUIER: Spina bifida cervical; excision; guérison. Gaz. des Hôp. 1892, s. 353.

har jag i motsats till HILDEBRAND, utelemnat alla sådana, där endast en incision gjorts i cystan (WILSON,<sup>1)</sup> HASSELMANN,<sup>2)</sup> JEFFERSON,<sup>3)</sup> WHITEHEAD,<sup>4)</sup> BRADFORD,<sup>5)</sup> KÖHLER<sup>6)</sup> o. a.), äfven om denna företagits under noggranna antiseptiska försiktighetsmått och ibland äfven åtföljts af sutur å de klufna meningelalfikarna.

Af de 149 fall, som upptagits, hafva 101 gått till läkning. Fyratjotvå pat. hafva affidit i så omedelbart sammanhang med operationen, att denna måste anses hafva direkt förorsakat den letala utgången, och för de öfriga 6 är resultatet icke uppgifvet i sjukhistorien. Detta utgör en mortalitetsprocent af något mer än 29 %, och denna siffra stämmer nära öfverens med den, som HILDEBRAND uträknat (28 %) för de 61 fall, han sammanställt ur literaturen — KÖNIGS och BAYERS undantagna. Dessa båda operatörer hafva nämligen lägre dödsprocent (23 %), hvarför HILDEBRAND sätter medeltalet för mortaliteten till 26.5 %<sup>7)</sup>. LAPLACE uppgifver, att BAIRD af 20 pat., som opererats efter ROBSONS metod, haft 16 och SENENKO af 30 24 läkta. Detta skulle för dem båda utgöra en mortalitet af endast 20 %. Men då jag lika litet i originalet<sup>8)</sup> till den LAPLACES *clinical lecture*, där dessa uppgifter förekomma, som HILDEBRAND i prof. FISCHERS referat,<sup>9)</sup> funnit angifna de källor, hvarur de hemtats, anser jag det ej vara skäl att taga hänsyn till dem.

1) J. WILSON: Case of Spina Bifida treated antiseptically. Glasgow med. journ. Nov. 1871, enl. MORTON, a. st., s. 57.

2) HASSELMANN: Mittheil. f. d. Verein Schlesw. Hulst. Ärzte III. 1883, s. 142 (andra fallet).

3) A. st.

4) WALTER WHITEHEAD: Radical cure of a large spina bifida in an adult. Med. Chir. transact. 1884, LXVII. s. 127 Ref. Centralbl. f. Chir. 1885, nr 18, s. 327.

5) S. H. BRADFORD: Two cases of spina bifida. Boston med. and surg. journ. 1891, CXXIV, nr 14, s. 352 (andra fallet).

6) KÖHLER: Charité-annalen, 17 årg., 1892, s. 353.

7) HILDEBRAND: a. st. 1893, s. 517. (B:s sista fall tyckes H. ha öfversett.)

Sedan ofvan stående nedakrifvits, ha i Semaine médicale 1894, nr 58, s. 406 ytterligare 11 fall af exstirpation för spina bifida omtalats. Tio af dem opererades af BROCA på Hôpital Trousseau, hvarvid inträffade »guérison opératoire» i 7 fall och exitus i 3 (infektion); det elfte, som opererades af TÉDENAT i Montpellier, läktes äfven. — Tillsammaas med det ofvan nämnda SKLIPOFF-SKYS fall skulle dessa altså gifva en alutaumma af 161 opererade med 110 läkta och 45 döda, hvilket nedbringar mortalitetsprocenten vid denna operation med ett par enheter.

8) ERNEST LAPLACE: Spina bifida; its treatment. The Times and Register. Philad. 1891, nov. 7, bd XXIII, nr 19, s. 376.

9) Centralbl. f. Chir. 1892, nr 29, s. 615. Jfr. HILDEBRAND: a. st. 1893, s. 513, noten.

Granskar man de tre större serier af fall, som opererats resp. efter prof. BERGS metod, af BAYER och på kliniken i Göttingen, ställa sig de statistiska resultaten på följande sätt. Af de pat., som prof. BERG själf opererat, hafva 9 läkts och 6 dött, medan på hela antalet offentliggjorda fall, där operation af svenska kirurger utförts efter hans metod, d. v. s. 24, komma 15 läkta och 9 döda. Diagnosen lydde för 21 pat. på myelomeningocele, för 2 på meningocele och för en på myelocystomeningocele. Det sist nämnda barnet dog liksom 7 med myelomeningocele och 1 med meningocele.

Döden föregicks hos de flesta af mer eller mindre tydligt uttalade tecken till spinal- och cerebral-meningit. Hos ett barn visade sig vid obduktionen endast hyperemi i mjuka hinnorna men ingen märkbar meningitis. Två fall, där infektion inträffat före operationen (n:r 12 och n:r 20), gingo till döden, och vid sektionen såg man en tydlig purulent meningit, utgången från operationssåret. Här föreligger således ett stöd för den åsikten, att barnen böra opereras så fort som möjligt, innan den därför så starkt disponerade area medullo-vasculosa hunnit blifva säte för infektion. I ett tredje fall (n:r 24), där partiel gangren börjat inställa sig å area, aflägsnades de nekrotiska partierna genom försiktig ytdissekering, innan ryggmärgsresterna försänktes i spinalkanalen. Härigenom blef det möjligt att bringa pat. igenom, äfven med ett mindre energiskt tillvägagående än det, som användes i fallet n:r 12, där den difteritiskt belagda area brändes med thermocauterium. — Perforation af säckväggen före ingreppet synes ej i och för sig hafva haft något märkbart dåligt inflytande på det operativa resultatet, ty i de tre fall (n:r 7, 14 och 18), där sådan uttryckligen säges hafva egt rum, inträffade läkning efter operationen.

Utflode af cerebrospinalvätska under efterbehandlingen omtalas i 12 fall, och af dessa fingo 6 letal utgång. Vid 5 af de öfriga slöt sig fisteln efter att hafva kvarstått en längre eller kortare tid, och vid ett (n:r 21) inträffade döden 3 dagar efter det barnet utskrifvits med en från ett suturhål härrörande, secernerande fistel. Att suturer på meningerna kunna föranleda en besvärlig komplikation i form af en länge persisterande fistel med utflode af cerebrospinal-vätska, visar fallet n:r 19, där såret ännu två månader efter operationen icke hunnit läkas, emedan upprepade gånger under denna tid stycken af suturerna

frankommit ur fistelöppningen. Silke hade användts å både meninger och hud. Liknande förhållande egde rum vid ett annat fall (n:r 6). Såret läktes visserligen tre veckor efter operationen, men tre månader senare frankom ur ett af suturhålen en silkesände, hvarför incision måste göras och tråden uttagas. Här var dock såret stadigt läkt i botten. Att äfven katgut kau framkalla en dylik komplikation ådagalägger fallet n:r 11, där vid två olika tillfällen rester af katgutsuturen, som lagts på meningerna, måste bortskaffas ur såret. Häråf bevisas till fullo fördelen af den modifikation i tillvägagåendet, som prof. BERG numera vidtagit, att nämligen icke lägga särskild sutur på meningerna utan i stället så mycket omsorgsfullare hopfoga själfva hudsåret.

Enligt senare ingångna underrättelser om 11 af de 15 pat., som efter operationen blifvit läkta, hafva deras vidare öden gestaltat sig på följande sätt:

- I 1 fall förblef pat. recidivfri 1 år och 2 månader.
- » 1 » » » » 1 år.
- » 1 » visade sig efter 9 månader hydrocephalus och begynnande förlamningar.
- » 1 » hade pat. efter 6 månader återfått rörlighet i undre extremiteterna.
- » 1 » förblef pat. recidivfri 4 månader, men fick därefter hydrocephalus och afled »efter någon tids diarré».
- » 1 » uppträdde hydrocephalus efter 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> månad.
- » 1 » dog pat. efter 3 månader till följd af före operationen bestående hydrocephalus.
- » 1 » uppträdde hydrocephalus efter 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> månad.
- » 1 » » » » 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> »
- » 1 » dog barnet 3 dagar efter utskrifningen (secernerande fistel).
- » 1 » frankom en suturtråd 3 månader efter den fullständiga läkningen. Pat. var i öfrigt fullt frisk.

Med ett undantag var i alla dessa fall den form som opererats: myelomeningocele. Den relativt höga frekvensen af hydrocephalus (hos 5 pat.) kunde möjligen synas såsom ett i hög grad nedslående resultat af det terapeutiska ingreppet, men man måste härvid erinra sig, att frågan om uppträdande af sekundär hydrocephalus ingenting har att skaffa med operationen och hvad man med denna afser att vinna. Är upphofvet till

spina bifida-cystan *endast* att söka i aplasien hos de ossösa anlagen, finnes intet skäl, hvarför vätskeansamlingen skulle fort-fara, sedan cystan uttömts genom operation. Men beror tumörens uppkomst *därjämte*<sup>1)</sup> på ett hydropiskt tillstånd hos meningerna eller nervsubstansen, och ett plus sålunda tillkommer, kan man väl knapt anse patienten skyddad för recidiv eller konsekutiv hydrocephalus, så länge detta hydropiska tillstånd fortfar. Man har dock, såsom redan vidrörts. i fråga om grundorsakerna till denna missbildning ännu ej kommit längre än till hypoteser. Så mycket står i alla händelser fast, att frågan om konsekutiv hydrocephalus, äfven om dylik visat sig uppträda i en tredjedel af de läkta fallen, icke har med operationen att göra, emedan företeelsen är oberoende af denna. Att icke ens *före* ingreppet bestående hydrocephalus behöfver inverka på detta, visa fallen n:r 7 och 15. I det sist nämnda lefde pat. 3 månader efter operationen.

Man skulle möjligen kunna tala om recidiv i fallet n:r 3, där tumören vid barnets utskrifning från sjukhuset var lika stor som före operationen. Men så mycket hade dock uppnåtts genom ingreppet, att denna tumör nu var täckt af normal hud, och pat. hade sålunda — trots den för handen varande kontrakturen i nedre extremiteterna, som icke undergick någon förändring — blifvit försatt i ett bättre tillstånd än förut.

BAYER hade vid sina operationer för spina bifida på 14 fall (n:r 25 — 38) fyra dödsfall, som stodo i sådant samband med ingreppet, att de måste betraktas såsom följder af detta. Ytterligare 4 dogo sedan, resp. 2 månader, 2 $\frac{1}{2}$  månad, 6 månader och 2 år efter läkningen, men utan att deras död på något sätt kunde sättas i sammanhang med operationen. Om 5 af de 6 öfverlevande ingingo senare underrättelser, och de hade vid dessas offentliggörande lefvat en i 4 och en i 2 år, en i 13 och två i 5 månader. Mortaliteten stälde sig för de olika formerna så, att 1 barn med myelocystocele och 3 med myelomeningocele dogo, innan operationssåret var läkt. (BAYER har ställt diagnosen för alla de öfriga pat. på myelomeningocele, men HILDEBRAND bestrider delvis riktigheten af denna diagnos<sup>2)</sup>).

I tre fall hade hydrocephalus utvecklats sig efter operationen. Två af dessa patienter dogo inom kort, men den tredje lefde

<sup>1)</sup> Jfr. HILDEBRAND: a. st., 1893, s. 479 och v. RECKLINGHAUSEN: a. st., s. 162.

<sup>2)</sup> Jfr. HILDEBRAND: a. st., 1893, s. 507.



13 månader efter ingreppet. Förlamningar, som hos 2 barn funnos före operationen förbättrades icke genom denna, utan kvarstodo oförändrade i resp. 4 och 2 år därefter. Endast om två pat. anföres, att de efter ingreppet befunno sig i alla afseenden väl — inga förlamningar och ingen hydrocephalus. I ett fall hade perforation af cystan egt rum före operationen, och i två voro väggarna på förhand delvis gangrenösa. De båda sist nämnda fingo letal utgång. Utflöde af cerebrospinal-vätska efter operationen förekom hos 3 barn, och af dessa dogo två. Den tredje pat. läktes, sedan orsaken till utflödet, en silkes-sutur på meningerna, aflägsnats.

Resultaten af de operationer, som på Göttinger-kliniken utförts för spina bifida, ställa sig så, att af 13 pat. dogo 3 under de närmaste dagarna efter operationen. Enligt HILDEBRANDS egen uppgift förelåg i 10 fall meningocele och i 3 myelocystocele. Men såsom redan anmärkts, stämmer detta ej fullt öfverens hvarken med hans uppgifter på annat ställe, eller med de vid sjukdomsberättelserna utsatta diagnoserna. Då han säger, att alla tremyelocystocelena läktes, får det således stå för hans räkning. Dödsorsaken uppgifves i ett fall hafva varit suppurativ spinalmenigit och i ett kollaps. Vid det tredje kunde inflammatoriska symptom påvisas såsom orsak till den letala utgången. Af de öfriga 9 pat. hade en efter 3 månaders förlopp fått recidiv, och samtidigt hade hydrocephalus utbildat sig. En hade vid fallens publicerande varit recidivfri i 12, en i 10 <sup>1</sup>/<sub>2</sub>, en i 4, en i 3 och två i 2 år samt en i 9 och en i 3 månader efter operationen. Partiel förlamning efter ingreppet inträffade hos ett barn, «där sannolikt ryggmärgen tillhörande nervpartier blifvit genomskurna». Utflöde af cerebrospinal-vätska omtalas hafva egt rum hos en pat., men läkning per primam inträffade dock sedan. Bland de hittills offentliggjorda, större operationsserierna hafva dessa KÖNIGS, ROSENBACHS och HILDEBRANDS fall gifvit de bästa definitiva resultaten. Också utbrister HILDEBRAND med en viss själfkänsla: «Dass die Operation gegen früher sehr an Gefährlichkeit verloren hat, das geht eclatant aus unseren Operationserfolgen hier hervor.»<sup>1)</sup> Sorgfälligt urval och trångt begränsade indikationer hafva utan tvifvel väsentligen bidragit till denna gynsamma statistik.

Excisionens resultat vid de öfriga 96 i kasnistiken anförda

<sup>1)</sup> HILDEBRAND: a. st., 1893, s. 514.



fallen ställa sig så, att 65 pat. läktes och 25 dogo, hvilket utgör en mortalitetsprocent af 27,7 %. Om sex pat. lemna sjukdomsberättelserna ingen upplysning. Dödsorsaken uppgifves i 5 fall hafva varit suppurativ meningit, i 4 fortsatt utflöde af cerebrospinal-vätska, i 2 marasmus och i 5 resp. karbolintoxikation, bronchitis, pnevmoni, enteritis och shock. I de öfriga har antingen dödsorsaken ej varit klar, eller är den ej angifven. Om 16 af de läkta pat. saknas alla vidare underrättelser. Nitton afledo inom en tidrymd af 1 vecka till 14 månader efter utskrifningen, och om de återstående 30 innehålla berättelserna upplysningar, som sträcka sig från 3 veckor till 6 år efter operationen. Hos 4 af dessa barn hade hydrocephalus uppträdt, men visade sig hos ett af dem vara öfvergående. I tre fall [GÖSCHELS,<sup>1)</sup> DOLLINGERS<sup>2)</sup> och SENENKOS<sup>3)</sup>] uppgifves det, att symptom från nervsystemet, som funnos före operationen, hade försvunnit efter denna, hvaremot i tvänne andra [LAFITTES<sup>4)</sup> och LANNELONGUES<sup>5)</sup>] dylika symptom förvärrats. Om de öfriga säges det, antingen att de voro friska, eller att operationen icke haft något inflytande på förlamningarna. Särskild uppmärksamhet förtjäna de fall, där man genom osteoplastik sökt täcka defekten i kotorna. Hos ROBSONS<sup>6)</sup> första pat., som dog efter  $\frac{3}{4}$  år, visade sig ingen ossös nybildning, men vid HAYES fall<sup>7)</sup> uppgifves, att 11 veckor efter operationen fans öfver defekten en betäckning, »som kändes hårdare än huden». SENENKO<sup>8)</sup> fick en fast brygga öfver defekten, och i BOBROFFS<sup>9)</sup> fall konsoliderades det transplanterade benstycket fullkomligt med omgifningen. Alla de operatörer, som användt osteoplastisk metod, hafva sålunda erhållit tämligen tillfredsställande resultat. Men man måste dock gifva HILDEBRAND rätt, då han<sup>10)</sup> säger, att dessa metoder äro onödigt tillkrånglade, och att man bör kunna med lämplig muskelplastik åstadkomma lika goda verkningar, hvartill kommer, att man vid operation af späda och klana barn måste undvika att draga ut på tiden. DOLLINGERS, BOBROFFS och SENENKOS pat. hade ock-

<sup>1-3)</sup> N:r 100, 127 och 128.

<sup>4-5)</sup> N:r 86 och 101.

<sup>6)</sup> N:r 52.

<sup>7)</sup> N:r 126.

<sup>8)</sup> N:r 128.

<sup>9)</sup> N:r 129.

<sup>10)</sup> A. st., 1893, s. 513.

} i kasuistiken.

så en ålder af 5, 8 och 15 år. En del auktorer förorda dock särdeles varmt användandet af osteoplastik vid, eller rättare efter, excision för spina bifida. Så yttrar t. ex. PICQUÉ<sup>1)</sup>: «Je pense toutefois qu'il est préférable dans les cas de large échancreuse osseuse de recourir à un des nombreux procédés de la méthode ostéoplastique qui a donné de si bons résultats entre les mains de MAYO ROBSON, de DOLLINGER et de SENENKO.» I sammanhang härmed rekommenderar han lifligt BERGERS tillvägagående.

Att gruppera fallen efter de olika modifikationerna i sättet för excisionens utförande och därefter ur hvarje särskild grupp utdraga de vunna resultaten, låter sig svårligen göra. En sådan indelning skulle blifva konstlad och framför alt ej kunna konsekvent genomföras, hvarför äfven beräkningar, som grundades därpå, måste blifva till en viss grad otillförlitliga. Så länge operationsmetoder och indikationer ännu visa så stora skilljaktigheter, skulle dessutom en dylik gruppering äfven i andra afseenden vara ändamålslös.

Det återstår nu att anställa en kort jämförelse mellan excisionsmetoden och de öfriga behandlingssätten. Hvad först den rena *expektationen* — hvilken för öfrigt väl knapt förtjänar namn af *behandlingsätt* — beträffar, så bevisas dess ohållbarhet bäst af det faktum, att i vanligaste fall hvarje dag, som går, ökar lifsfaran för barnet. Det har redan påpekats, huru starkt myelomeningocellets area medullo-vasculosa, som saknar all skyddande betäckning, är predisponerad för infektion af allvarligaste beskaffenhet, och myelomeningocellet är den oftast förekommande formen af spina bifida cystica. Att ett operatift ingrepp här *så snart som möjligt* bör företagas, synes vara själfklart. KIRMISSONs ord: »Leur faire subir une opération immédiatement après leur naissance, ce serait les vouer à une mort certaine»<sup>2)</sup> kunna endast ega tillämplighet, om barnets allmänna tillstånd är så nerkommet, att nära nog ingen möjlighet finnes för det att gå igenom operationen. Under andra förhållanden skulle man snarare inviga det åt en säker död, om man underlåte att genom ett tidigt ingrepp söka skaffa den för flerfaldiga faror utsatta cystan ett skydd. Och detta gäller i ännu högre grad, då barnet kommer till världen med en

<sup>1)</sup> PICQUÉ: Bullet. et mém. de la soc. de Chir. 1893, bd. XIX s. 203.

<sup>2)</sup> KIRMISSON: DUPLAY et RECLUS, a. st., s. 782.

cysta, som redan är brusten. Man har visserligen sett exempel på, att fistlar, som secernerat cerebrospinal-vätska, kunnat kvarstå ganska länge utan märkbar skada för pat.; men så väl den öfverhängande faran för infektion, som den kraftnedsättning, ett kroniskt utflöde af cerebrospinal-vätska måste medföra, göra ett omedelbart operatift ingrepp vid alla fall med brusten cysta till en hjudande nödvändighet. Den regel, som KIRMISSON synes vilja uppställa, då han säger: »Nous croyons devoir poser en principe la nécessité d'observer pendant plus ou moins longtems l'enfant avant de rien entreprendre,»<sup>1)</sup> kunde möjligen anses vara berättigad vid de former, där tumören är betäckt af normal hud, samt inga trängande indikationer för operatift ingrepp föreligga. Såsom stöd för expectation under dylika förhållanden skulle man måhända kunna åberopa några enstaka fall, där pat. icke endast öfverlefvat den tidigaste barndomens kritiska period, utan äfven, fri från svårare obehag af cystan, uppnått en relativt hög ålder. Men mot dessa sällsynta undantagsfall kunna ställas icke så få andra, där patienterna efter längre eller kortare tids förlopp ändå till slut nödgats undergå operation. Sålunda var KIRMISSONS (ena) pat. 53, POWERS 35, GÖSCHELS 26, RICARDS 25, CLUTTONS 24, ROBSONS (n:r 54) 16, SENENKOS 15, LANNELONGUES 9, BOBROFFS 8, EVANS' 6 och DOLLINGERS 5 år, då indikation för operatift ingrepp uppträdde. Om å ena sidan denna missbildning vore så ödesdiger, som anhängarne af expectationen vilja låta påskina, skulle aldrig de ofvan nämnda patienterna hunnit så pass långt i lifvet; och hade å andra sidan deras åkomma varit för dem ett tämligen indifferent lidande, borde indikationer för operatift ingrepp icke hafva uppkommit. Vanligen synes det hafva varit tumörens tillväxt, ibland i förening med nevroparalytiska symptom, som gifvit anledning till operationen. Dessa fall bevisa sålunda — äfven fränsedt det faktum, att en spina bifida cystica, om också huden är relativt motståndskraftig, alltid utgör ett locus minoris resistentiæ — tillräckligt tydligt nödvändigheten af ett aktift ingrepp vid denna missbildning. Det är betecknande, att i dem alla är det just *excisionen*, som befunnits vara indicerad och kommit till användning.

Vid bedömandet af de *kurativa* behandlingsmetoderna måste man stadigt hafva för ögonen, hvad man med en operation,

<sup>1)</sup> A. st., s. 781.

antingen den sker på ena eller andra sättet, afser att vinna. I ett föregående kap. har jag framhållit, *hvarför* man opererar, och vill här endast i korthet tillse, huru dessa olika metoder fylla de anspråk, man måste ställa på ett ingrepp af så allvarlig art som en operation för spina bifida. Det är hufvudsakligen af patologisk-anatomiska skäl, som de flesta behandlingssätten kunna betecknas såsom mer eller mindre irrationela. Vid dessa operationer, såväl som vid hvarje annat kirurgiskt ingrepp, måste det gamla *πρωτων τὸ μὴ βλέπειν* gälla som regel, men om man icke i främsta rummet tar hänsyn till missbildningens patologiska anatomi utan behandlar den så att säga på måfå, torde man svårigen kunna tillämpa denna regel. Vid användande af kompression bör man t. ex. veta, hvilka delar, som direkt eller indirekt påverkas af trycket, vid punktion och incision, hvarifrån cerebrospinal-vätskan uttömmes, vid anläggande af ligatur, hvilka partier, som komma att åtsnöras, och vid injektion, hvarthän vätskan insprutas. Vore det under alla omständigheter möjligt att ställa en exakt diagnos, skulle kanske några af dessa fordringar kunna i teoretiskt afseende uppfyllas, men långt ifrån i praktiskt. Det har tvärt om mer och mer visat sig vara nödvändigt att genom okulär inspektion af cystans inre befästa eller ändra diagnosen, och att en dylik inspektion ej kan tänkas utan explorativ-incision är klart. Man kunde ju härvid anmärka, att explorativ-incision icke är detsamma som excision, men säkerligen skulle det icke falla någon in att efter gjord explorativ-incision använda något annat förfarings-sätt än excision, så vida nämligen pat. ej skulle befinnas vara icke operabel. Redan a priori måste således excisionen betraktas såsom den rationelaste behandlingsmetoden, emedan man kan låta den föregås af en orienterande »insikt» i förhållandena.

Utom dessa allmänna grunder för metodernas bedömande äro några speciela punkter att anmärka. Hvad *kompressionen* angår, måste den, för att kunna räknas till de kurativa metoderna, vara verksam — den blir eljes ingenting annat än en protektiv expectation. Men detta förutsätter i främsta rummet, att cystans betäckningar skola vara så starka, att man ej behöfver frukta framkallande af en ruptur. För att kompressionen skall utöfva riktig verkan, måste vidare trycket vara både modereradt och kontinuerligt. Blir kompressionen för stark, dröjer det sällan länge, innan oroväckande symptom från nervsystemet: konvulsioner, dyspné,

cyanos m. m. dyl., inställa sig. Och för att åstadkomma ett verksamt, kontinuerligt tryck måste åter anordningar vidtagas, som alltid blifva besvärliga, för att ej säga rent af omöjliga, när det gäller ett spädt och oroligt barn. Att använda kompression på sådana cystor, som ej vid den diagnostiska palpationen låta sig märkbart reduceras, är naturligtvis alldeles bortkastad möda. Slutligen måste man fråga sig, om själfva den princip, som ligger till grund för kompressionsteorien, håller streck inför den ökade kunskapen på detta område, och svaret är ej tvifvelaktigt. Teorien är nämligen bygd på antagandet af ett ryggmärksbräck, homologt med abdominalbräcken. Men man vet nu, huru föga hållbar en sådan jämförelse är från anatomisk synpunkt, och då de praktiska resultatena af behandlingssättet därjämte varit långt ifrån uppmuntrande, kan hela metoden på goda grunder förkastas.

Fullt ut lika ogynsam måste domen öfver *punktionen* utfalla, antingen ingreppet företages i samband med kompression eller ensamt för sig. Ett väsentligt skäl emot detta förfaringssätt är, att det nästan alltid måste upprepas, ibland många gånger<sup>1)</sup>, och dylika ofta förekommande förluster af cerebrospinal-vätska kunna ej annat än i hög grad skada pat. Icke sällan hafva efter punktionen, eller till och med under dess utförande, inställt sig konvulsiviska anfall — en tydlig följd af den ändrade vätskefördelningen inom spinalkanalerna, som inverkat på centralnervsystemet. Dessutom, har det ganska ofta inträffat, äfven då ingreppet blott en gång egt rum, att punktionshållet ej slutit sig, utan föranledt kroniskt utflöde af cerebrospinal-vätska (MARCHAND). Att också infektion härigenom lätt kunnat uppkomma i synnerhet under den förantiseptiska tiden, är själfklart. I den skandinaviska literaturen omtalas ett sådant fall af BJÖRNSTRÖM (1867<sup>2)</sup>). Infektionen ledde här till en meningitis spinalis, som snart fick dödlig utgång. Londonerkomitén framhåller, att under sådana förhållanden sker alldeles detsamma, som när vid en naturlig ruptur af cystan, infektion utgår från perforationshållet och åstadkommer döden. Den ogynsamma statistiken för metoden — Londonerkomitén hade 30 döda på 46 fall och BELLANGER 36 på 59 — visar äfven tydligt, att, om än punktionen ibland kan vara oskadlig, så har den dock oftast alt för ödes-

<sup>1)</sup> SKINNER skall hafva punkterat en enda cysta 70 (!) gånger. [Clin. Soc. Rep. s. 398 (tab. II.).]

<sup>2)</sup> Upsala läkareförenings förhandlingar, bd. 3, s. 328.

digra följder, för att ens i palliatift syfte böra företagas. Inom litteraturen blifva också punktionerna allt mera sällsynta. Metoden har, så vidt jag kunnat finna, utom i det ofvan nämnda BJÖRNSTRÖMSKA fallet, användts af endast en svensk operatör (NORSTEDT 1883<sup>1</sup>). Men detta omnämnes, såsom äfven vanligen är förhållandet i den utländska litteraturen, snarast såsom ett kuriosum, ett konstaterande af att läkning verkligen *kunnat* inträda efter punktion. Redan CRUVEILHIER uttalar en absolut förkastelsedom öfver detta förfaringssätt, då han säger: »Les effets rapidement funestes de la ponction, toutes les fois qu'elle a été pratiquée, doivent la faire repousser à jamais»,<sup>2</sup>) och våra dagars kirurger hafva fullgiltiga skäl att instämna häruti.

Om *incisionen* skulle man kunna säga, att den endast är en punktion i utvidgad skala, en punktion där utflödet af cerebrospinal-vätska, såvida ej meningealflikarna efteråt suturerats, mer eller mindre afsiktligt gjorts kontinuerligt. Under den förantiseptiska tiden måste naturligtvis infektion snart inträda genom en så vidöppen port, men äfven med antiseptikens hjälp är det endast i undantagsfall, man lyckats bringa pat. igenom (HASSELMANN, WHITEHEAD). Alldeles detsamma gäller om *elektrolysen* och *setaceum*. »Ce sont des méthodes qui méritent d'être absolument abandonnées,» säger KIRMISSON.<sup>3</sup>)

De behandlingssätt, som hafva till mål att på en gång in toto et tanto aflägsna cystan, *termokauter*, *ligatur*, *afklämning* o. d., förbjuda, om man vill taga någon hänsyn till missbildningens patologi, sig själfva. Under en tidsperiod, då man i blotta tillträdet af luft vid ett öppet sår trodde sig finna den väsentligaste orsaken till det stora antalet misslyckade operationer, kunde ofvan nämnda förfaringssätt i viss mån anses berättigade. Men sedan den bakteriologiska forskningen visat, att kontaktinfektionen är en svårare fiende än någonsin luftinfektionen, vet man äfven, att en strängt genomförd anti- eller aseptik måste gifva ett säkrare skydd mot infektion, än man kan vinna genom att framkalla en brännskorpora öfver såret eller afstänga basen och låta väfnaderna gangrenera. Besinnar man därjämte, att man med dessa metoder kan komma att helt enkelt amputera ryggmärgen, så måste man verkligen draga sig för

<sup>1</sup>) Hygiea 1883, XLV, s. 376.

<sup>2</sup>) Anf. enl. CLÉMENT, a. st., s. 48.

<sup>3</sup>) A. st., s. 777.

dem. Det har händt, att den omedelbara följden af ett dylikt ingrepp blifvit en ögonblickligt inträdande paraplegi af båda de nedre extremiteterna (LÖBKER). Detta fall, låt vara att det star alldeles enstaka, är tillräckligt för att stämpla såsom förkastliga de behandlingssätt, vid hvilka sådant kan inträffa. En annan fara, som åter alt för ofta konstaterats, och vid användandet af dessa metoder städse måste vara öfverhängande, är de konvulsiviska anfall, som inställa sig i det ögonblick, då trycket inom spinalkaviteten, vid ligaturens åtdragande eller klämmarens tillskrufvande, stegras. Dylika konvulsioner hafva ibland äfven förekommit under dagarna efter behandlingens inledande, och en radikalare operation i form af sekundär excision har därigenom nödvändiggjorts. Men en metod, som nödgas på detta sätt söka hjälp hos en annan, gifver sig själf fattigdomsbevis, och detta gäller särskildt om ligaturen. Till försvar för dessa behandlingssätt har anförts, att man genom en sådan afstängning af basen lättast bör kunna undgå det så mycket fruktade utflödet af cerebrospinal-vätska, men det har inträffat, att dylikt utflöde egt rum äfven vid dessa metoders användande (BRADFORD). Efter excisionen kan man genom en noga slutande sutur, eventuelt med muskelplastik, åstadkomma ett tillräckligt kraftigt skydd mot vätskeutflödet. Slutligen talar det i ej ringa mon emot i fråga varande förfaringssätt, att en så lång tid alltid måste åtgå, innan ett fullständigt ärr kan bilda sig efter dylika sår, medan man efter det skarpkantiga excisionsåret vanligen får en snabb och exakt läkning. I intet afseende utmärka sig häller resultaten af denna metod framför de öfrigas, och man kan med fullt skäl instämma i BELLANGERS omdöme: »Pourquoi dans une affection qui peut être traitée par les moyens ordinaires simples et rapides que possède le chirurgien, vouloir employer une méthode d'exception? Avec le bistouri on ne court pas plus de danger, on a une guérison plus prompte, pourquoi ne pas s'en servir?»<sup>1)</sup>

Det behandlingssätt för spina bifida, som lyckats förvärfva sig flere anhängare än något af de föregående, och som ända in i senaste tider gjort excisionsmetoden företrädet stridigt, är *injektionen*. Analogien med de hydropiska tillstånden i vissa organ, specielt hydrocele i testis, och den framgång man haft med injektionsbehandling däraf, väckte tanken på möjligheten

<sup>1)</sup> A. st., s. 66.



af ett liknande tillvägagående vid spina bifida. Men trots den ofullständigakunskap, man hade om dessa cystors byggnad, tvekade man länge, innan man vågade göra dylika försök — en berättigad tvekan, som gaf sig uttryck i VELPEAUS bekanta yttrande: *Qui osera le premier porter la teinture d'iode dans le spina-bifida, dans la cavité du crâne, sachant que l'inflammation des méninges devient rapidement mortelle?*<sup>1)</sup> Kirurgiens historia visar dock, att det icke dröjde särdeles länge, innan just VELPEAU själf kom att utföra denna operation. Det efter BRAINARD och VELPEAU benämnda injektionssättet, liksom senare MORTONS modifikation däraf, räknade snart en stor mängd anhängare, det förra hufvudsakligen på kontinenten, det sist nämnda i England och Amerika. De vid första påseendet gynsamma resultaten och ingreppets lätta utförande torde ha varit förnämsta orsakerna till metodens stora spridning. Härtill kom den auktoritet, som skänktes densamma, särskildt den MORTONska modifikationen, genom Londonerkomiténs uttalande: »Notwithstanding many failures, the plan of treatment by injection is the best with which we are acquainted, and the only one which we feel justified in recommending.»<sup>2)</sup> Och när sedan MORTON i sista upplagan af sin bok lyckades drifva upp procenten af de läkta fallen ännu högre än komitén gjort, kunde det nästan synas, som om man nu i fråga om behandlingen af spina bifida hunnit målet. I Tyskland har likväl, enligt HILDEBRANDS påstående, »sich die MORTON'sche Behandlung . . . nicht einbürgern können»<sup>3)</sup>, och äfven här i Norden tyckes den hafva vunnit föga tillslutning. Jag har nämligen ej funnit antecknade mer än tre fall, där den kommit till användning. Det ena är offentliggjordt af RASMUSSEN (1871<sup>4)</sup> det andra af ABELIN (1874<sup>5)</sup>), och det tredje omtalas i Serafimerlasarettets journal för 1879. Professor BERG yttrar sig (1886) om metoden på följande sätt: »Jag har aldrig själf gjort någon sådan insprutning, möjligen därför att jag en gång i England varit vittne till, att ett barn omedelbart efter injektionen, trots kompression af öppningen i ryggraden, föll i konvulsioner och dog efter några timmar. Då vi kliniskt ofta ej förmå att skilja ett myelomningocele från ett rent meningo-

<sup>1)</sup> VELPEAU: *Ann. de la chir. franc.* 1844. Anf. enl. GUIBBAUD, a. st. s. 59.

<sup>2)</sup> *Clin. Soc. Report.*, a. st., s. 385.

<sup>3)</sup> HILDEBRAND: a. st., s. 501.

<sup>4)</sup> A. st.

<sup>5)</sup> ABELIN: Ett fall af spina bifida. *Hygiea* 1874, XXXVI, s. 185.



cele och nästan aldrig kunna med visshet diagnosticera, att en spina bifida är af sist nämnda slag, och då vi ej håller i regeln kunna känna bräckportens vidd, än mindre äro i stånd att tillräckligt länge och fullständigt komprimera den, synes det mig ögonskenligt, att dessa injektioner måste betraktas som en mycket opålitlig och farlig behandlingsmetod mot spina bifida.»<sup>1)</sup> I dessa ord äro angifna de väsentliga skäl, som tala emot metoden, och som gjort att den, trots sin skenbara förträfflighet och det stora anseende den haft, mer och mer kommit i misskredit. Injektionen har alt för ofta åtföljts af svåra symptom: kollaps, cyanos, krampanfall, paraplegier, ja, t. o. m. omedelbar exitus letalis. Till förfaringssättet hör visserligen, att man under ingreppet komprimerar cystans bas, men i samma ögonblick denna kompression upphör, har den injicerade vätskan fritt spelrum att utbreda sig längs ryggmärgskanalen och framkalla irritations- eller inflammationsprocesser på ytterst ömtåliga ställen. Och äfven om man vid första injektionen lyckas undvika sådana komplikationer, finnes ingen säkerhet för, att de ej inställa sig, då ingreppet, såsom oftast är nödvändigt, förnyas. Dessa upprepade injektioner medföra dessutom obehaget af en långvarig behandling (den har i ett och annat fall sträckt sig öfver en tid af mer än 10 månader<sup>2)</sup>) och därmed förenade besvärligheter. Metodens anhängare kunna ej annat än erkänna de anförda svårigheterna, och man har på flere sätt försökt att öfvervinna dem, såsom t. ex., genom att ändra koncentrationen af den injicerade lösningen, genom att åter utsläppa större delen af den insprutade vätskan, genom injektion i cystans omgifningar i stället för i själfva säcken o. s. v. Men trots alla modifikationer och »förbättringar» af metoden kvarstodo dock olägenheterna i föga minskad skala. Och att så *måste* vara är tydligt, då man betänker, i hvilka områden den injicerade vätskan intränger, och med hvilka känsliga väfnader de retande ämnena komma i beröring. »Als ob diese Theile einer Sehne oder dem Bindegewebe gleichwärtig wären,» utbrister KOCH<sup>3)</sup> med rättmåttigt ogillande. Hvad som mer än något annat uppehållit förfaringssättets anseende har varit det relativt stora antalet positiva resultat, som uppnåts därmed. Clinical Society's Committee uppgifver

<sup>1)</sup> A. st., s. 245.

<sup>2)</sup> BELLANGER: a. st., s. 37.

<sup>3)</sup> A. st., s. 57.

att af 26 fall behandlade med »simple jodine solution» hade 20 gått till läkning och endast 5 till död (19,2 % mortalitet<sup>1</sup>). *BELLANGER* har funnit, att af 38 på samma sätt behandlade pat. läktes 27 och dogo 9; hos de öfriga två märktes ingen eller åtminstone högst obetydlig verkan af ingreppet.<sup>2</sup>) Vidare anför komitén att i de 71 fall, där injektionen gjorts med *MORTONS* jodoglycerin-solution, läktes 35, dogo 27 och förbättrades 4.<sup>3</sup>) *MORTON* säger själf i sin bok<sup>4</sup>), att på de 67 fall af jodglycerininjektioner, som han hopsamlat, kommo 54 läkta och 10 döda samt på hans egna 20 pat. 6 döda. Slutligen uppgifver *BELLANGER*, att han på 91 fall, där injektion med jodglycerin egt rum, fann 40 läkta, 34 döda och 9 förbättrade; om de öfriga 8 nämner han intet.<sup>5</sup>) Kunde dessa siffror anses såsom en tillförlitlig måttstock för injektionsmetodens terapeutiska värde, så borde intet annat förfaringssätt kunna göra anspråk på att ersätta den. Men då faktiskt injektionen mer och mer uttränges af excisionen, kan man med skäl fråga sig, om icke detta delvis beror på, att äfven statistiken, liksom mycket annat, talar till förmon för sist nämnda metod. Vill man söka i detta afseende bedöma frågans ställning, torde det vara riktigare att taga hänsyn till resultaten af de serier, som publicerats af enskilda operatörer, eller kommit från samma klinik, än att fästa sig vid hopsamlade enstaka fall. De senare kunna nämligen aldrig fritagas från den anmärkningen, att det i allmänhet är de gynsamma, som publiceras, medan de ogynsamma förtigas. Detta gäller om *MORTONS* samling så väl som om hvarje annan, och han erkänner det själf, då han säger: »It may be at once admitted that this is a very favourable estimate; the tendency to report favourable rather than unfavourable cases is so well known, and so manifest in the history even of nations,<sup>6</sup>) . . . *MORGAN* och *PARKER*, som till Londonerkomiténs tabeller bidragit med de flesta fallen, hade på hvar sina 6 och 12, med injektion behandlade pat. resp. 4 och 8 döda, således en mortalitetsprocent, som mycket skiljer sig från den *MORTON* haft både vid sina egna fall (20,7 %) och vid dem han hopsamlat

<sup>1</sup>) *A. st.*, s. 381.

<sup>2</sup>) *A. st.*, s. 36.

<sup>3</sup>) *A. st.*, s. 382.

<sup>4</sup>) s. 212.

<sup>5</sup>) *A. st.*, s. 47.

<sup>6</sup>) *MORTON*: *a. st.*, s. 212.

(16,7 %). Serafimerlasarettets (Proff. BERGS och ROSSANDERS) dödlighetsprocent vid excision af spina bifida är 31 %, BAYERS 28 %, Göttingerklinikens 23 % och mortaliteten af samtliga de öfriga i kasuistiken upptagna fallen, såsom redan är visadt, 29 %. De senare talen differentiera blott på enheter, men de förra på tiotal. DE SAINT GERMAIN, KNOX och KIRMISSON synas sålunda hafva haft goda skäl att draga i tvifvelsmål tillförlitligheten af MORTONS statistik. Att den mortalitetsprocent, som framgått ur de här anförda kasuistiska meddelandena, har betydligt större sannolikhet för att vara approximativt riktig, synes mig bekräftas af den ringa differensen mellan de större serierna samt öfverensstämmelsen mellan dessas och slutsunnans siffror. Det kan anmärkas, att dessa utgångspunkter äro godtyckligt valda, samt att slutsatserna därför ingenting bevisa, och härpå kan jag endast svara, att de anförda auktorerna äro de, som jag på hvardera sidan funnit företrädde med det största antalet fall. Är det på denna grund berättigadt att jämföra dessa auktorers siffror med hvarandra, skulle man få såsom medeltal för *injektionsmetoden* 50 % och för *excisionsmetoden* 27 % mortalitet.<sup>1)</sup>

Dessa siffror visa sålunda, att äfven med afseende på statistiken har excisionen företrädde framför injektionen. Också hafva — fastän knapt ett tiotal år förgått, sedan Londonerkomiténs ofvan anförda omdöme uttalades — publikationerna om injektionsfall blifvit altmera tunnsådda, till och med i engelska och amerikanska tidskrifter. Londonerkomitén hade 1885 hoppsamlat 71 fall, som behandlats enligt MORTONS injektionsmetod, och 23, där excision gjorts (däri äfven inberäknade sådana från den förantseptiska tiden). Sex år senare kunde BELLANGER sammanställa 91 injektions- och 53 rena excisionsfall. I Frankrike höja sig allt flere röster för excisionen. BELLANGER, som granskat de olika metoderna och vägt dem emot hvarandra, npprepar ofta: »l'excision semble préférable,» »l'excision convient certainement mieux que l'injection aux grosses tumeurs» o. s. v.<sup>2)</sup> Året

1)	MORGAN: 66 %	Serafimerlasarettet: 31 %
	PARKER: 66 %	BAYER: 28 %
	MORTON: 20 %	Göttingerkliniken: 23 %
	Medium för injektion: 50 %	för excision: 27 %
	MORTONS samling: 16 %	Samtliga excisionsfall 29 %.

<sup>2)</sup> Det enda allvarliga inkast, han gör emot excisionemetoden — att den fordrar en rigorös antiseptik — synes mig snarare höra till dess förtjänster. En ga genomförd antiseptik är dessutom af vikt vid alla de kurativa behandlingssätten, och är den omöjlig att iakttaga, gör man klokare i att icke operera.

efter BELLANGERS publikation säger DURAND:<sup>1)</sup> L'ouverture de la poche et son excision doivent constituer aujourd'hui, pour un chirurgien antiseptique le traitement de choix de spina-bifida. Il nous paraît seul capable de donner le minimum d'insuccès et le maximum de guérisons.<sup>2)</sup> Och slutligen kan äfven anföras MONODS yttrande: ... ne voit-on pas dès lors l'avantage d'un procédé opératoire, qui, pour le redire une fois encore, permet seul de voir ce que l'on fait? C'est là que réside la réelle supériorité de la méthode sanglante dans la cure du spina-bifida, d'autant qu'il semble établi que, bien conduite, l'opération n'expose pas par elle-même l'enfant à de sérieux dangers.<sup>3)</sup> Äfven från Ryssland komma beaktansvärda uttalanden i samma riktning. Sålunda säger BOBROFF (1892) Viele der vorgeschlagenen Operationsmethoden wie Kompression etc. gehören schon der Geschichte an und haben zwei Methoden den Platz räumen müssen, deren eine — Punktion mit nachfolgender jodinjektion von der Londoner Kommission 1885 als die beste und gefahrloseste warm empfohlen — auch schon im Begriff ist der Vergessenheit anheim zu fallen.<sup>3)</sup>

Det visar sig således. att excisionsmetoden alt mera vunnit terräng icke blott i det allmänna kirurgiska medvetandet utan äfven i praktiken och så att säga går segrande fram genom spina bifida-terapiens historia. Till dess företräden hör först och främst, att man opererar å ciel ouvert, hvilket är en hufvudbetingelse för att kunna vinna ett godt resultat. Vidare kan operationen utföras i en seance, och detta är af icke ringa betydelse, då man vanligtvis har att göra med späda barn, hvilkas små krafter genom upprepade ingrepp i hög grad ned-sättas. Ett väsentligt moment är äfven den snabba läkning, som i de flesta fall åtföljer excisionen. Men om det sålunda af flerfaldiga skäl måste anses vara mest rationelt och ändamålsenligt att vid therapeutiskt ingrepp för spina bifida utföra blodig operation, är det dock ingalunda likgiltigt, hvilken metod man därvid använder. Det stora motstånd, excisionen ända in i senaste tider haft att bekämpa, torde till en del hafva berott därpå, att man begagnat irrationela förfaringssätt. Så har man äfven vid excisionen sett uppträda samma ödesdliga sym-

<sup>1)</sup> DURAND: Ablation d'un énorme spina-bifida de la région sacrée chez une fillette de vingt mois. Gaz. hebdom. 1892, nr 23, s. 269.

<sup>2)</sup> MONOD: a. st., s. 212.

<sup>3)</sup> BOBROFF: a. st.

ptom. som vid några af de andra behandlingssätten, och metodens motståndare framhålla fullt konsekvent, att kan den icke skydda för dylika omedelbara följder af ingreppet, är den ej att föredraga framför t. ex. injektionen. Af de erfarenheter, som gjordes, kom man emellertid till allt klarare insikt om nödvändigheten af en exakt diagnos rörande säckens nervelement, och man sökte till en början på klinisk väg åstadkomma en sådan diagnos. Sålunda använde MACLEAN elektrisk retning på säckväggen för att utröna, om några brukbara ledningsbanor till de nedre extremiteterna funnes däri.<sup>1)</sup> Resultaten af sådana försök måste dock alltid blifva tvifvelaktiga. «*Êt-on même des contractions, il serait prudent de rester dans le doute, ces contractions pouvant être dues à des courants déviés allant agir sur la moëlle dans le canal rachidien*» (BELLANGER). En föreslagen mekanisk retning af nervelementen skulle ej kunna gifva säkrare resultat, och risken däraf på så ömtåliga väfnader vore dessutom allt för stor. Då nu diagnosen af nervelementens när- eller frånvaro och i senare fallet vidden af deras betydelse visade sig vara så svårlösta frågor, borde det, tycker man väl, hafva legat nära till hands att genom explorativincision förvissa sig om, huruvida nerver funnes i säcken, och sedan ovilkorligen skona dem, för att under alla omständigheter undvika faran af förlamningar. Men såsom redan ådagalagts, framgår af kasuistikens allt för tydligt, huru väckande operatörernas tillvägagående här vid lag varit. I talrika fall hafva nervelement exciderats, och i andra hafva användts sådana förfaringssätt, att om nervelement funnits i cystan, måste de hafva blifvit lederade. Till dessa irrationela modifikationer af tekniken höra bland annat de, som afse att på något sätt preventift afstänga tumörens bas, äfven om det vore endast genom en «*legatura elastica emostatica*», för hvilken de italienska kirurgerna synas hafva så stor förkärlek. Till försvar för dylika tillvägagående anföres visserligen, att det endast är i undantagsfall, som de i cystan befintliga nervelementen visat sig hafva någon betydelse för organismen. Men de i sjukdomsberättelserna ofta upprepade klagomålen öfver syncope, konvulsioner m. m. visa noggsamt, att så icke är förhållandet, och den principen måste därför orubbligt fastslås, att, *så länge vi ej känna den funktionela betydelsen af nervelementen, äro vi skyldiga att skona dem*. För att skona

<sup>1)</sup> MACLEAN: St.-Thomas hosp. Report XIV, s. 247. enl. BELLANGER, a. st., s. 97.

dem fordras dock att diagnosticera dem, och härför är åter en explorativ-incision nödvändig. Företages excision, utan att en sådan egt rum, handlar man lika blindt, som då man applicerar en klämmare eller åtdrager en ligatur kring stjälken m. m. Alla dylika förfaringssätt sammanfattar BELLANGER under benämningen *méthodes aveugles*, *méthodes dans lesquelles on ne sait pas ce qu'on fait, ligature ou excision sans ouverture préalable du sac.*<sup>1)</sup> Till excisionens detaljer måste således höra ett förberedande snitt i cystaväggen, genom hvilket operatören kan erhålla en orienterande inblick i säckens inre, och utan ett sådant exploratift snitt blir metoden förkastlig. Men har man på detta sätt blifvit i tillfälle att genom okulär inspektion konstatera nervelement i cystan, är det en bjudande plikt att på ett rationellt sätt skona dem. Att diagnosticera och sedan reseccera nerver *kan* — äfven om detta utan märkbar skada för pat. *någon gång* skett — vara lika irrationellt som att utan vidare excidera dem. Ett af HILDEBRANDS fall (n:r 49) bevisar till fullo denna sats. Cystan hade två rum, och i skiljeväggen förlöpte tvänne nervsträngar af ett halmstrås tjocklek. Den ena framträdde upptill ur ryggradskanalen och försvann nertill i densamma, den andra gick nedåt till kanalen och var i sitt öfre lopp icke synlig. I säckens topp voro båda strängarna sammanvuxna med betäckningarna, och då de skulle friprepareras, bibehöls den förra såsom slynga, medan den sist nämnda fick en fri ände. Omedelbart efter operationen iaktogs, att barnets vänstra ben blifvit förlamadt. Das hätte vermieden werden können, medgifver HILDEBRAND själf. Oaktadt denna nervsträng syntes sluta i cystan, visade dock verkningarna af ingreppet, att den innehöll funktionerande nervsubstans, och detta dess fysiologiska värde kunde omöjligt på förhand bestämmas. Det är därför icke nog, att man aflossar nerverna från säckväggen, utan de måste äfven *lemnas i orubbadt ledningssammanhang med de normalt utbildade delarna af centralorganet*. Hvarje excisionsmetod, där detta ej iakttages, måste anses förkastlig.

Bland de förfaringssätt, som enligt medföljande kasuistik kommit till användning vid excision af spina bifida cystica, finnes intet, där ofvan nämnda principer så konsekvent genomförts och alla fordringar på ett så tillfredsställande sätt upp-

<sup>1)</sup> A. st., s. 54.

fylts, som vid det af professor BERG angifna. Hans metod icke blott tager all vederbörlig hänsyn till nervelementen utan innesluter äfven i sig möjligheter till modifikation af behandlings-sättet efter de olika fallens art. Den användes först vid den vanligaste formen af spina bifida, myelomeningocele. Snart visade den sina fördelar äfven vid meningoccele, och nu senast har den också vid myelocystoccele bestått profvet. Därigenom, att han icke lägger sutur på meningerna, undvikas dels den genom suturmateriel (till och med katgut) ofta uppkommande retningen, och dels undvikas, att man medelbart — genom suturhål — öppnar väg för cerebrospinalutflödet. Ofta har det ju visat sig, att de besvärliga persisterande fistlarna med sitt ihållande cerebrospinalvätskeutflöde hafva haft ett dylikt suturhål till ursprung.

Professor BERGS tillvägagående att lägga longitudinela sidoincisioner i lumbalregionen möjliggör naturligtvis å ena sidan aflägsnandet af större delar utaf cystans svaga betäckningar, då ju förskjutningen mot medellinien genom ofvan nämnda incisioner upphäver den härigenom annars inträffande spänningen, och å den andra att den slutliga sutureringen kan gå för sig i så frisk väfnad som möjligt, och den så önskvärda hastiga läkningen komma att ega rum. Finnes någon anatomisk möjlighet för en restitutio ad integrum, är hans metod i stånd att åstadkomma definitivt resultat, och i sådana fall, där innervationsrubningarna ligga inom ett för hvarje terapeutisk behandling oåtkomligt område, utestänger den åtminstone de infektionsfaror, som hota pat:s lif. Detta förfaringssätt är således bäst af alla egnadt att — för så vidt det står i operatörens makt — förbättra dessa arma, små patienters långt ifrån afundsvärda tillvaro.

---

Slutligen ber jag att till herr professor JOHN BERG, som icke allenast öfverlemnat åt mig det rika och värdefulla material, hvilket utgjort grunden till och kärnpunkten i föregående framställning, utan äfven offrat både tid och arbete för att bistå mig med råd och dåd, få frambära min vördnadsfulla och djupt kända tacksägelse.

Till herrar prof. K. O. MEDIN och docenten E. S. PERMAN står jag i förbindelse för den stora beredvillighet, hvarmed de ställt till mitt förfogande sjukhusjournalerna och anhåller att därför få hembära mitt vördsamma tack.

---



## Bihang.

### VIII. Kasuistik.

#### 1. JOHN BERG. Allmänna barnbusets journal 1884, n:r 255. Extra.

*Myelomeningocele lumbosacralis.* Gosse, 8 dagar gammal. Intogs d. 4 aug. 1884. Godt hull. I nedre lumbal- (3—4—5) och öfre sakralregionen märkes i ryggens medellinie en half-päronformig svulst, mätande i längd 7 cm. och öfver sin bredaste del 5 cm. Dess högsta hvälfning öfver ryggens nivå är 2,5 cm. Svulsten är fluktuerande, å sin nedre hälft af en röd färg, dess öfre visar en gråröd, svålig granulationsväfnad. Den nedre delen öfvergår utan någon insnörning i hudbetäckningarna och har här närmast utseendet af en injicierad membran. Vid palpation af denna del kännes en hård rand i tumörens begränsning. När barnet skriker, spännes svulsten, fæces afgå, och urinen framsipprar. Detta senare, defekation och urinering, inträffar äfven under måltiderna. Benen hänga orörliga och kännas slappa. Barnet har, enligt ammans uppgift, aldrig rört på de nedre extremiteterna, och vid undersökning har ingen gång någon aktiv rörlighet kunnat framkallas. Utom det nu anförda och omfaloccele samt en fungös granulation å naveln företer barnet intet abnormt. Matlusten är ovanligt god, sömn och temperatur normala. Föreskrefs borsyrevaselin på bräcket.

Operation d.  $\frac{7}{8}$  1884.

Genom de lagda snitten syntes cauda equina medullæ spinalis, som med sin bakre yta var sammanvuxen med tumörens granulerande midtelparti. Ingen betydligare blödning; ingen särskild reaktion på nervsystemet under operationen.

Strax efter operationen diade barnet, hvarpå följde en kräkning, men var det sedan lugnt hela eftermiddagen. Temp. normal.

D.  $\frac{8}{8}$ . Barnet har sofvit lugnt under natten. Temp.  $37,2^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$ . Efter operationen ha fæces ej afgått som förut, utan hade barnet i går afton en enda ordentlig öppning. Urinen däremot sipprar ständigt, som före operationen.

D.  $\frac{9}{8}$ . Föreg. dag afgang fæces på samma sätt som före operationen. Barnet tämligen lugnt. Diar mindre än förut. Temp.  $38,2^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$ . Förbandet omlades, såret rent, stadt i läkning.

D.  $\frac{10}{8}$ . På morgonen har barnet haft tetaniska ryckningar och har fortfarande kontraktur i händerna; fötterna och benen slappa som förut. Strabism. Barnet diar ej längre. Temp.  $40,1^{\circ}$ — $39,4^{\circ}$ . Vid försök att tappa urinen befans blåsan tom.

D.  $\frac{11}{8}$ . Temp.  $38^{\circ}$ . Barnet afled lugnt och stilla kl. 6.30 f.m.



## 2. JOHN BERG. Allmänna barnhusets journal 1884, n:r 270. Extra.

*Myelomeningocele lumbosacralis.* Gosse, 6 dagar gammal, intogs d. 27/12 1884. Barnet vid godt hull. Å nedre lumbal- och öfre sakral-regionen af ryggen märkes en half-päronformig tumör, mätande 5 cm. i längd och 6 cm. i bredd å dess bredaste öfre del samt 2,5 cm. i höjd. Tumören är fluktuerande. Vid dess bas, som utgöres af den upplyftade huden, kännes vid palpation en hård (ben-)kant. Å sin högsta del företer svulsten ett tydligt begränsadt, 50-öresstort parti, som bildas af granulationsväfnad. Därutomkring är den mera hinnelik, dock äfven här försedd med tunna granulationer och blårod till färgen. Denna sist nämnda del utgör en direkt fortsättning af hudbetäckningarna. För öfrigt är barnet friskt, diar bra. Defekation och urineri- ning normala. Inga pareser eller kontrakturer.

Operation d. 31/12 1884.

Vid inblick i den öppnade kaviteten iakttofs, huruledes cauda equina med sina trådar insererade vid svulstens betäckning ungefär å dess högsta hvälfnings, motsvarande det ulcererade området. Cerebro-spinalvätskan klar. Ingen starkare blödning. Aftontemp. 39,2°.

D. 1/1. Temp. 39°—39,2°. Barnet är lugnt, har sofvit utan hypnotica. Diar och skriker kraftigt. Inga nervretningsfenomen. Förbandet förstärktes.

D. 2/1. Temp. 37,8°—38,8°.

> 3/1. > 38°—37,4°.

> 4/1. > 38,4°—37,8°. Förbandet ömsades.

> 5/1. > 39°—38,2°.

> 6/1. > 37,8°—37,6°. Stomatomycosis.

> 7/1. > 39,4°—38,8°. Förbandet ömsades, operationsfältet

rent, ingen suppuration.

D. 8/1. Temp. 38,8°—40,2°. Vid midnattstid sistl. natt hade barnet för första gången efter intagningen ett konvulsiviskt anfall, hvarvid det äfven uppgaf svaga skrik. Anfallet räckte en minut och bar sedan upprepats 3 till 4 ggr i timmen. Pupillerna äro i dag kontraherade, och en lindrig kontraktur förekommer i armbågs- och knälederna. Barnet diar som förut. Suturena uttogos. Incisionssåren nästan läkta.

D. 9/1. Barnet låg i går nästan ständigt i opisthotonus-ställning, hvilket äfven är förhållandet i dag. Anfallen hafva aftagit i frekvens. Barnet uppgifver stundom gälla skrik och skelar med ögonen. Reagerar ej märkbart för knipningar i huden eller nålstick å nedre extremiteterna men väl å de öfre. Diar ej i dag. Temp. 39,4—39.

D. 10/1. Temp. 38,6°. Afled.

## 3. JOHN BERG. Serafimerlasarettets journal 1885, n:r 431, II.

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse, 6 dagar gammal, intogs d. 10/12 1885. I nedre delen af sakralregionen, börjande knapt 3 cm. ofvanför analöppningen, och sträckande sig 5 cm. uppåt, fans en half-päronformig utbuktning af huden och hjärnhinnorna emellan de öppenstående kot-

bågarna. Svulsten utgjordes i sitt mellersta parti af de granulerande hinnorna, som öfvergingo i hudbetäckningarna åt sidorna. Fluktuation förefans vid palpation å tumören, som mätte i sitt bredaste parti 3 cm. och höjde sig 1,5 cm. öfver omkringliggande delar.

Operation d. 11/12 1885.

Förloppet utan anmärkning. Barnet hade vid utskrifningen d. 19<sup>12</sup> en ungefär lika stor tumör som förut, men öfveralt beklädd af den sammanläkta huden. Pat. var i öfrigt ganska kry, företedde dock så väl före som efter operationen en lindrig kontraktur i de nedre extremiteterna.

#### 4. JOHN BERG. Serafinerlasarettets journal 1886, n:r 129, II.

*Meningocele lumbalis.* Flicka, 14 dagar gammal, iukom d. 26 april 1886. Pat., som är född med sin åkomma, företer å ryggen, motsvarande de nedre ländkotorna, en mer än hönsäggstor, spänd och fluktuerande tumör med jämn och glatt yta utom å den mellersta och högsta delen, som utgöres af en 1,5 cm. bred, gråhvit, granulerande yta. Denna sista hade tillkommit på de senaste dagarna, likasom ock tumören tilltagit i storlek och spänning. Den är rödaktig till färgen. Dess vägg utgöres dels af hud till ungefär 1,5 cm:s höjd, öfvergående i rygghuden och, där detta eger rum, något åtsnörd, dels af en mycket tunn, hinnelik membran.

Operation d. 27/4 1886.

Inga nerver påträffades på säckens insida, om icke möjligen i förbindelse med ett kärlknippe, som utkom från en öppning i säckens botten, hvarigenom den stod i förbindelse med ryggmärgskanalen. Detta kärlknippe underbands och afkliptes. Kommunikationsstället var af ringa utsträckning. Den membranösa delen af säcken afkliptes. Kommunikationsstället hopsyddes genom dubbla, öfver hvarandra liggande, framifrån och bakåt gående suturer, sedan säckens inre vägglager blifvit i periferien lossdisekeradt. Därefter hopsyddes genom tvänne öfver hvarandra liggande suturer deu kvarvarande delen af säcken, hvilken till sin yttre del utgjordes af hud.

Läkning med ringa suppuration från ett undermineradt hudparti, som snart fylde sig.

Utskrefs såsom läkt d. 10 maj 1886.

#### 5. JOHN BERG. Serafinerlasarettets journal 1886, n:r 279, II.

*Myelomeningocele lumbosacralis.* Flicka, 7 veckor gammal, intogs d. 15 sept. 1886. Tumören ej fullt hönsäggstor.

Operation d. 20 sept. 1886.

Tillståndet de första dagarna efter operationen godt. Läkning utom på ett suturställe, hvarur fortfarande cerebrospinal-vätska ut-sippade.

Man försummade att lägga barnet i bukläge. Utan feber eller andra tecken på sepsis afled barnet d. 14 okt. 1886 efter att hafva under de två sista dygnen företett symptom af meningal retning.

Vid obduktionen fans hyperemi i mjuka hinnorna, men ej purulent meningit.

6. JOHN BERG. Serafimerlasarettets journal 1886, n:r 353.

*Myelomeningocele lumbalis.* Flicka, 14 dagar gammal, intogs d. 2 nov. 1886. Vid patientens födelse iaktogs den nedan närmare beskrifna blåsan å nedre delen af ryggen. Den hade då ungefär samma storlek som nu, var starkt spänd. Sedan dess har den något, ehuru obetydligt växlat i storlek, än varit starkare spänd, än slappare. Hon har hela tiden kunnat röra på benen. Urin och fæces hafva afgått normalt.

Status præsens d. 3 nov. 1886. Å nedre delen af ryggen öfver de nedersta lumbalkotorna finnes en något mer än valnötstor blåsa. Denna ligger ej precis i midtlinjen utan något åt vänster, så att tre fjärdedelar af basen ligga till vänster och en fjärdedel till höger om den samma. Basen är oval med längsta diametern 4 cm. vinkelrät mot ryggraden; den kortare diametern är 2 cm. Från denna bas höjer sig blåsan 2 cm. och hänger öfver något kefalt och åt höger.

Betäckningarna utgöras endast delvis af hud, som från alla sidor stiger upp på blåsan i synnerhet från höger och vänster sida, bildande tvänne lambåer af  $1\frac{1}{2}$  cm:s bredd. Hudkanterna äro vågigt ojämna, huden rodnad. Den af huden obetäckta delen af blåsan har i den kefala delen en bredd af  $1\frac{1}{2}$  cm. från höger till vänster, i den kaudala 3 cm. Här ligga meningerna blottade, möjligen täckta af ett tunnt lager epidermis, halfgenomskinliga, på ytan glatta, till färgen delvis blåroda, med tydligt framträdande kärl, delvis blekare. Genom de samma synas inga nervtrådar löpa på insidan. Blåsan ej starkt spänd, utan de tunna betäckningarna äro något skrynkliga. Tydlig fluktuation.

Å den hudflik, som täcker den kaudala sidan, finnes strax invid hudkanten en ärrliknande indragning. Vid forcerad inspiration drages denna del starkt in. Inga pulsationer, synkroniska med hjärtslagen eller med lugn respiration hafva iakttagits.

Undersökningen af ryggraden visar intet abnormt ofvanför eller nedanför blåsan. Huru ryggraden förhåller sig under denna har ej utpalperats af fruktan för lesion. Vid tryck tömmes blåsan långsamt inåt ryggradskanalen, utan att konvulsjoner uppträda.

Inga andra missbildningar hafva iakttagits. Inga nervösa symptom från nedre extremiteterna, blåsan eller rectum. Pat. kan fritt röra benen, urin och fæces afgå normalt.

Allmänna tillståndet godt, utom att hon kräks, sedan hon intagit föda. Från lungor och hjärta intet abnormt. Hon diar bra. Fæces likformiga, gula.

Operation d. 5 nov. 1886.

Cystans hållighet af en hasselnöts storlek; väggarna tämligen tjocka i snittet, till utseendet påminnande om embryonal bindväf. Inga nerv-element synliga.

Efter operationen rörde flickan på benen. Aftontemp.  $37,8^{\circ}$ .

Temperaturlista:  $\frac{6}{11}$  39,5°—38,4°. Förbandsbyte. Reaktionsfritt.  
 $\frac{7}{11}$  37,2°—37,3°  
 $\frac{8}{11}$  37,2°—37,3°  
 $\frac{9}{11}$  38,3°—37,6°  
 $\frac{10}{11}$  37° —38,3°. Vid förbandsombytet visade

det sig, att pat. rör vänstra benet märkbart mindre än det högra.

D.  $\frac{14}{11}$ . Bandaget vått. Vid omläggningen visade sig tvänne droppar klar vätska i två suturhål på höger sida. Temp. 37,4°.

D.  $\frac{15}{11}$ . Vid förbandsombytet uttrann genom de två ofvan nämnda suturhålen ungefär två teskedar klar vätska; vulsten minskades därvid betydligt.

D.  $\frac{16}{11}$ . Pat. ligger på magen med hufvudet lågt. (Komplicerande stomatomycoosis behandlades med lapolisösnig.)

D.  $\frac{17}{11}$ . Vid förbandsombyte uttrann några få droppar klar vätska genom nedre delen af såret. Temp. normal.

D.  $\frac{18}{11}$ . Afflödet upphört.

D.  $\frac{24}{11}$ . Utom ett par små granulationer är hela såret läkt.

Då pat. d.  $\frac{26}{11}$  utskrefs, läkt, syntes å operationsstället en vulst, gående i sned riktning från vänster och något åt höger. Vulsten är ungefär af plummonstorlek med sin största massa till vänster om ryggraden; dess omgifning är något upphöjd från närgränsande delar. Man känner å den samma tydlig fluktuation; vid tryck låter vätskan med lätthet sig uttryckas. Huden öfver tumören något rodnad. Ingen temperaturförhöjning; intet ödem öfver svulsten. Allmänna tillståndet utmärkt.

D.  $\frac{9}{2}$  1887 visades barnet åter. Modern, som en längre tid sett en silkesände i ett af suturhålen, berättar, att en svullnad bildat sig, och att därefter var utkommit ur det nämnda hålet. Incision gjordes längs tråden, och man kom därefter till knuten, så att tråden kunde uttagas i sin helhet. Det var knuten i djupa madrass-suturen, som utan incision var omöjlig att åtkomma. Det var stadigt läkt i botten. Skarp slef och suturer; jodoformkollodieförband. Barnet mätte bra. Det rör fortfarande vänstra benet något mindre än det högra.

#### 7. JOHN BERG. Serafimerlasarettets journal 1887, n:r 365.

*Myelomeningocele lumbalis.* Gosse, 5 veckor gammal, intogs d. 23 sept. 1887. Patientens hälsotillstånd har ständigt varit dåligt. Redan vid födelsen förefans i lumbaltrakten en tumör af tämligen mjuk konsistens. Enligt uppgift var huden däröfver rodnad. I midten af den cirkelrunda svulsten var ett hudlöst parti, hvarur vätska framsipprade. På barnets 14:de lefnadsdag uttappades af läkare ett halft kvarter vätska, som strax stelnade. Svulsten minskades dock ej, och allmänna hälsotillståndet blef snarare sämre än förut. Då tillräddes operation. Fyra dagar gammalt, hade barnet konvulsioner. Nedre extremiteterna ha alt sedan födelsen varit förlamade. Urin och fæces hafva afgått, när pat. skrikit.

Status præsens d.  $\frac{23}{9}$  1887. I ländtrakten finnes i midtlinien en tillplattad, halfklotformig tumör, som vid basen är ungefär 6 cm. i

diameter. Den kännes något fluktuerande. Betäckningen däröfver består af tre skilda zoner; nederst, närmast basen är ett något rödaktigt hudlager, där öfver finnes ett parti af ett par cm:s bredd, som består af en blåhvit, tunnare, något genomskinlig membran med normala hudpartier här och där; innerst och öfverst finnes en granulerande, ett par cm. bred yta med en liten öppning, hvarur en klar vätska framsipprar. För öfrigt företer pat. symptom af hydrocephalus. Angående förlamningarna, se anamnesen.

Operation d. 23 sept. 1887.

Sedan sutureringen af hudlambåerna företagits, visade det sig, att spänningen blefve väl stark, hvarför ett hudsnitt lades på sidan, för att minska spänningen.

Pat. utskrefs läkt i ascende till operationssåret d. 1 okt. 1887. Såret efter sidoineisionen stadt i granulation. Högsta temperaturen under läkningen var 38,2°.

8. JOHN BERG. Kronprinsessan Lovisas vårdanstalts journal 1888, n:r 45 (och muntligt meddelande).

*Myelomeningoccele lumbalis.* Flicka, 7 dagar gammal, intogs d. 2 maj 1888. Pes varo-equin. bilateralis. Har 2 välskapade äldre syskon.

Operation d. 2 maj 1888.

För att minska spänningen i hudlambåerna lades ett par »Entspannungs»-suturer, hvilka aflägsnades d. 7 maj. Temperaturstegring.

D.  $\frac{11}{5}$ . Återstående suturer uttogos. Ungefär 2 cm. på sidan af den hopläkta hudkammen framkom genom ett litet hål i huden något var. Sedan hålet vidgats, framkom ytterligare en rätt stor del var vid tryck. Varhålan utskrapades, hvarefter såret förbands. Pat. kan röra benen; inga rubbningar från blåsa och tarm (med undantag af att öppningarna äro något uppblandade med ostliknande klumpar). Inga krampryckningar.

D.  $\frac{12}{5}$ . Endast obetydligt med var i den nämnda öppningen.

D.  $\frac{14}{5}$ . Ingen varafsöndring. Temperatur normal.

Utskrefs ej fullt läkt d.  $\frac{20}{5}$  1888.

D.  $\frac{18}{7}$  1888. Pat. visades i dag å polikliniken. Å ryggen var det fullständigt läkt efter operationen mot spina bifida, och knappast nämnvärd utbuktning förefans, men pat. hade fullt utbildad hydrocephalus.

9. JOHN BERG. Serafimerlasarettets journal 1889, n:r 342.

*Myelomeningoccele sacralis.* Gosse, 17 dagar gammal, inkom d. 2 nov. 1889. Barnet har hittills befunnit sig väl. Han är af normal storlek och utveckling för sin ålder och har godt hull. Ingen hydrocephalus; ingen paralysis eller anesthesi förefinnes i benen eller andra delar af kroppen. Ingen deformitet i fötterna. Uriu och fæces afgå normalt. Intet diarré. Pat. har aldrig haft några konvulsioner eller krampanfall.

I sakralregionen af ryggen finnes en tumör af rundad form, höjande sig nära 3 cm. ofvan ryggens nivå. Den mäter i omkrets vid sin bas 17 cm., och här är den något indragen, så att en fåra uppkommit, som omgifver hela tumören rundt om och afgränsar den från omgifningarna. Tumörens längd och bredd öfver dess högsta hvälfnings är omkr. 5,5 cm. Den är belägen uteslutande i sakralregionen och så, att kroppens medellinie kan tänkas dela den i tvänne lika stora symmetriska hälfter. Tumörens betäckning utgöres vid dess bas af huden (zona dermatica), som dock icke sträcker sig synnerligen långt upp på den samma (omkr. 1 cm.). Denna öfvergår därpå i en röd, glänsande, hinnartad och genomskinlig betäckning (zona epithelioserosa), som utgör tumörens skydd i öfrigt; dock med undantag däraf, att på nedre hälften af dess öfre yta finnes ett granulerande parti af betäckningen, hvilket är af nästan cirkelrund form, ogenomskinligt och mätande i längd och bredd ungefär 2,5 cm. (area medullo-vasculosa). Tumören är hårdt spänd och elastisk, och synes innehållt klart och genomskinligt. Tydlig fluktuation kännes. Ingen navelformig indragning eller fördjupning förefinnes i tumörens centrum å dess öfre yta. Inga nervelement kunna urskiljas genom de tunna betäckningarna.

Operation d. 5 nov. 1889.

Vid säckens öppnande kunde i den samma nervtrådar iakttagas.

D.  $\frac{6}{11}$ . Temp.  $38,6^{\circ}$ — $39^{\circ}$ . Tillståndet godt.

D.  $\frac{7}{11}$ . Temp.  $38,1^{\circ}$ — $38^{\circ}$ . Nytt förband. (Komplicerande eczema extr. inf. behandlades med ströpulver.)

D.  $\frac{8}{11}$ . Temp.  $37,8^{\circ}$ — $38^{\circ}$ . Nytt förband. Vid de rörelser, som pat. härvid utförde, utraun ur ett par suturhål ungefär 2 till 3 droppar fullt klar cerebrospinalvätska. Intet var i såret.

D.  $\frac{9}{11}$ . Temp. som föreg. dag. Tillståndet godt.

D.  $\frac{10}{11}$ . Temp.  $37,6^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ . Nytt förband. Ett par droppar fullt klar vätska från såret.

D.  $\frac{11}{11}$ . Temp.  $37,2^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$ . Vid förbandsombytet fans litet var dels i själfva såret, dels i suturhålet. Såret rensolades med sublimatlösning (1 : 5000) förmedels en morfinspruta. (Komplicerande enteritis behandl. med oljemulsion.)

D.  $\frac{12}{11}$ . Temp.  $38,8^{\circ}$ — $39,2^{\circ}$ . Har i dag varit orolig och skrikit mycket; förtär dock föda.

D.  $\frac{13}{11}$ . Temp.  $39,2^{\circ}$ — $40,6^{\circ}$ . Vägrar taga bröstet; ligger stilla och kvider utom under halfannan timmes tid, då han oafbrutet skrikit högt. Härunder iakttog modern, att hufvudet ibland rycktes bakåt, och ögonen vred sig i olika riktningar på abnormt sätt. Vid förbandsbyte framkommo ur suturhål ett par droppar var. Samma dags afton afled patienten.

#### 10. JOHN BERG. Serafimerlasarettets journal 1890, n:r 265.

*Myeloneningoccele sacralis*. Gosse, 11 måuader gammal, intogs d. 19 sept. 1890. Friska föräldrar. Vid patientens födelse iaktogs en tumör å nedre delen af ryggens medellinie. Den var då »rätt stor» men har dock sedermera tilltagit såväl i omfång som höjd. •I tumör-

rens nedre del fans en tvåörestor öppning, ur hvilken en svagt blodblandad, men för öfrigt tämligen klar och tunnflytande vätska framspiprade. Denna öppning drog emellertid ihop sig allt mera, och redan i midten af december 1889 var den fullkomligt slutet och har sedan dess alltid varit det. Till konsistensen har svulsten varierat något, i det att den ömsom varit mer eller mindre spänd. Huden öfver den samma har ständigt varit tunn och rödflammig.

Inga förlamningar från nedre extremiteterna eller rectum hafva iakttagits, däremot tycker sig modern hafva märkt, att urinen nästan beständigt och droppvis afgått. Till lyunet har barnet ständigt varit kinkigt och svårskött.

Status præsens. Pat. är ovanligt stor för sin ålder, kraftigt bygd samt väl nutrierad. Öfver sacrum en rätt ansenlig tumör, som börjar ungefär en cm. nedanför en linie, som tänkes förena spin. il. post. sup. och når nedåt 1,5 cm. ofvanför spetsen af os coecygis. Tumörens omkrets vid basen är 24 cm., och dess hvälfning uppifrån nedåt samt från sida till sida resp. 14 cm. Vid genomfallande ljus är den genomskinlig. Den är öfverallt beklädd med hud, hvilken förbåller sig något olika på olika sidor af tumören. Närmast den afrundade spetsen, och vettande något nedåt, fins en oregelbundet romboid yta, öfver hvilken huden förefaller något, om ock högst obetydligt förtjockad. Denna area är omgifven af ett ganska bredt hudbälte med särdeles tunn hud. Närmast tumörens bas är huden åter rätt betydligt förtjockad och, som det tyckes vid palpation, försedd med underliggande panniculus adiposus. Särdeles påtaglig är denna hudförtjockning i tumörens öfre vänstra basaldel. Hudfärgen är starkt rödflammig, och då pat. skriker blir färgen nästan blåröd. Till konsistensen är tumören särdeles spänd och elastisk. Fluktuation har ej kunnat kännas på grund af den starka spänningen. Vid likformigt tryck öfver hela tumören visar den sig vara föga, om ens något sammantryckbar. Då pat. skriker, har ingen ansvällning af tumören visat sig.

Ingen hydrocephalus förefinnes; ej håller andra bildningsanomalier. Från bröstets och bukens organ intet abnormt.

Operation d. 20 sept. 1890.

En rätt betydlig mängd gulfärgad vätska uttrann vid cystans öppnande i botten af säcken (ventralt) syntes flere nerver förlöpa utåt sidorna, och i den öfre (kefala) delen syntes ryggmärgskanalen. Aftontemp. 38°.

D. 26/9. Suturerna borttogos. På ett par ställen visade sig börjande gangren i huden. Kollodieförbandet hade framkallat ett ekzem i omgifningarna, hvarför det ersattes med ett vanligt förband. Lanolin på ekzemet.

D. 29/9. En fistel hade bildat sig, där gangrenen i huden varit starkast. Ur den samma uttrann några cm. fullt klar cerebrospinalvätska. Inga förlamningar (sensibla eller motoriska) hafva hittills iakttagits. Då pat. sofver, röra sig ögongloberna ganska ofta och göra stora ntslag.

D. 30/9. Pupilldilatation. Temp. 39°. Inga förlamningar. Afled kl. 11 f.m.



11. JOHN BERG. Kronprinsessan Lovisas vårdanstalts journal 1891, n:r 15.

*Myelomeningocèle lumbalis.* Flicka, 4 dagar gammal, intogs d. 28 januari 1891. Vid födelsen presenterade sig den nu mer än valnötstora utbuktningen såsom en röd, hudlös fläck. Läget var vid nedersta delen af lumbalregionen.

Operation d. 29 januari 1891.

Den kliniska diagnosen bekräftades vid operationen. Hudränderna hopsyddes med djupa (madrass-) och ytliga katgutsuturer.

D. 2<sup>o</sup>. I går morgon gick temp., som förut varit afebril, upp till 39,9°; på aftonen 36,7°; i dag på morgonen 37,1°. Såret något rodnadt å högra randen, för öfrigt af godt utseende, tyckes hafva tagit ihop väl. Pat. har hittills varit mycket lugn och snäll.

D. 3<sup>o</sup>. Aftontemperatur i förgår 38,6°, i går 38,1°, i dag 37,3°. Katgutsuturerna till stor del resorberade; resten borttogs i dag. Å den ännu något rodnade högra randen gjordes med sonden en liten öppning; endast klar cerebrospinal-vätska utkom.

D. 11<sup>o</sup>. De tre sista aftnarna temperaturen omkr. 39°. Pat. har varit skrikig om nätterna och ej velat äta som förr. Längst ned ur såret framkom i förgår en bit katgut och därefter klar cerebrospinal-vätska. I går afton mycket dålig, i dag kryare.

Utskrefs läkt d. 11 febr. 1891.

D. 27<sup>o</sup>. Barnet visades å polikliniken; såret var läkt. Högst upp syntes en liten gråaktig fläck. Vid tryck frampressades en oresorberad bit katgut. Barnet för öfrigt krytt.

D. 4<sup>o</sup> s. å. Redan för ett par månader sedan, då barnet visades å polikliniken, var hufvudet något ansvaldt med injicerade vener. Ansvällningen lär nu hafva ökats, under det att kroppen för öfrigt ser atrofisk ut.

12. JOHN BERG. Kronprinsessan Lovisas vårdanstalts journal 1891, n:r 29.

*Myelomeningocèle lumbosacralis.* Flicka, 5 dagar gammal, intogs d. 26 febr. 1891. Hade 3 välskapade äldre syskon. En tvillingsyster till pat. äfven utan kongenitala fel.

På öfvergången från lumbal- till sakralregionen finnes en något mer än valnötstor svulst. Epidermis bekläder fullständigt öfre tredjedelen; på de nedre två tredjedelarna däremot endast den basala randen. Area medullovascularis lätt blödande, betäckt af en fastsittande gråaktig, difteritiskt membranös beläggning. Rör ganska lifligt på benen; sphincter vesicæ funktionerar; sphincter ani icke, åtminstone ej fullständigt.

Operation d. 27 febr. 1891.

Den granulerande ytan brändes med thermocauterium, innan den försänktes. Nedersta delen exciderades; pia fastsyddes vid area medullovascularis med några katgutsuturer; hudsåret slöts med djupa katgut- och ytliga silkesuturer.



D.  $\frac{2}{3}$ . Katgutsuturerna hade brustit på ett par ställen och uttogos. Äfven silkessuturerna, som nästan skurit igenom, uttogos.

D.  $\frac{5}{3}$ . Såret läkt. Temp., som på tredje dagen p. op. stigit till  $39,7^{\circ}$ , är i afton normal. Pat. de sista dagarna slö, har ej velat äta. I afton iakttogos ryckningar i ögonen.

D.  $\frac{7}{3}$ . Sämre. Under de sista dagarna har pat. haft ryckningar i alla extremiteterna och i ansiktsmuskulerna. Ärret af godt utseende. Afled på aftonen kl. 8.

Temperaturer: D. $\frac{26}{2}$	37,3.	D. $\frac{3}{3}$	40,5—39,9.
» $\frac{27}{2}$	37,2—37,5.	» $\frac{4}{3}$	38,3—38,3.
» $\frac{28}{2}$	36,9—39,7.	» $\frac{5}{3}$	37,9—37,2.
» $\frac{1}{3}$	38 —37,5.	» $\frac{6}{3}$	40,2—39.
» $\frac{2}{3}$	39,4—38,6.	» $\frac{7}{3}$	39,2—37,5.

Vid obduktionen visade sig varig beläggning å den försänkta area medullovasculosa. Sidoventrikulerna och cisterna magna utfyllda af varig vätska samt dessutom purulent spinalmeningit. — Klyfningen sträckte sig öfver hela os sacrum.

### 13. JOHN BERG. Serafimerlasarettets journal 1892, n:r 382, II.

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse, 14 dagar gammal, inkom d. 24 okt. 1892. Kongenital tumör, som ej tillvuxit. Barnet har alt sedan födelsen varit friskt.

Status præsens. I midtelliueu på nedre delen af ryggen ser man en ungefär cirkelrund tumör, belägen öfver os sacrum, ej sträckande sig öfver höftbenskanten. Den mäter uppifrån och nedåt 4 cm. och från sida till sida  $5\frac{1}{2}$  cm. På västra delen af den samma finnes en half cm. bred zon, som är betäckt af hud. På återstoden af dess västra del och ett stycke in på den högra finnes en kärlik. röd zon med någon dragning i blått. På högra delen af tumören ser man en granulerande, 3 cm. lång flik, som i sin nedre del mäter 1 cm. i bredd, i den nedre 2 cm. Den tyckes ligga liksom uppslagen på tumören, sträckande sig från nedre midtersta delen af den samma snedt uppåt och åt höger.

Vid palpation kännes tumören fluktuerande, och den låter till ej så ringa grad sammanpressa sig, då spänning öfver stora fontaneln tyckes uppstå. När barnet skriker, spänner och vidgar sig tumören. Från lungor och tarm intet att anmärka.

Någon pares i underbenen tycker man sig kunna iakttaga, emedan barnet rör benen ovanligt litet. För ett par dagar sedan rödde barnet knappast något på benen; fæces och urin afdingo ständigt.

Operation d. 27 okt. 1892.

D.  $\frac{4}{11}$ . Suturen uttogos. Såret har helat sig bra. Vid tryck utkomma några droppar cerebrospinal-vätska ur ett af hålen.

D.  $\frac{16}{11}$ . Utskrifves; några droppar vätska utsippra vid tryck.

»Har sedan visat sig, ej alldeles läkt. Hjärnbräcket i tilltagande; prognosen dålig. (Rapp. f. 1893.)

## 14. JOHN BERG.   Enskildt meddelande.

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse, 3 dagar gammal. Kongenital tumör med mycket tunna hinnor, som andra dagen efter födelsen brustit, så att cerebrospinal-vätska framsipprade. Inga andra missbildningar: inga förlamningar hvarken i nedre extremiteterna eller sfinktererna. Ytterst klenutrierad och liten.

Operation d. 21 april 1893. Läkning p. pr.

D. 12<sup>1</sup>/<sub>5</sub>. Ett 4 cm. långt ärr i ryggens medellinie. Huden förskjutbar, fast. Genom betäckningarna kännes defekten i os sacrum mycket tydligt. Barnet, som lever under de gynsammaste yttre förhållanden, fostrar sig väl. Inga tecken till hydrocephalus.

I början af juni 1894 visades barnet åter. Ingen utbuktning af det fasta ärrret. Ingen hydrocephalus. Gastrointestinalkatarr sedan ett par månader hade betydligt reducerat dess förnt goda hull och krafter. (Berg.)

## 15. JOHN BERG.   Enskildt meddelande.

Utom ofvan nämnda fall har prof. BERG i enskild praktik opererat ännu ett barn för *myelomeningocele*. Pat. öfverstod operationen, men dog omkring 3 månader senare i hydrocephalus. Denna fans redan före operationen, som dock utfördes på uttrycklig begäran af föräldrarna.

16. ROSSANDER. Rapport fr. Serafimerlasarettet för 1888, s. 11 (jfr Serafimerlasarettets journal).

*Myelomeningocele sacralis.* Flicka, 10 veckor gammal, intogs d. 25<sup>1</sup>/<sub>1</sub>. Tumören iakttogs strax efter hennes födelse, och jag tillkallades för att göra operation; sköt dock därmed upp för att barnet skulle bli något kraftigare. Tumören, stor som ett halft plommon, ökades emellertid, och huden ofvanför blef så tunn, att perforation hotade. Operationen verkställdes samma dag som intagningen; metoden den hos oss vanliga (BERGS) medels förskjutande af hudlambåer från båda sidorna. Läkning p. pr.

Jag har återsett barnet ett år efteråt. Tumören var ej större, och hon lider ej däraf, oaktadt som vanligt ändarna af ryggmärgen äro fästade i betäckningarna, hvilket före operationen väl kunde diagnosticeras.

17. ROSSANDER. Rapport fr. Serafimerlasarettet för år 1889, s. 5 (jfr Serafimerlasarettets journal).

*Myelomeningocele sacralis.* Flicka, 3 veckor gammal, intogs på lasarettet d. 4<sup>1</sup>/<sub>10</sub>. Fallet syntes ganska lofvande, tumören var valnötstor, toppen visserligen granulerande, men inga paralytiska symptom förefunnos, och flickan tycktes i allt öfrigt vara normal.

Opererades d. 5<sup>1</sup>/<sub>10</sub> 1889 på hos oss vanligt sätt medels bildande af 2 sidolambåer, som skötes öfver midtelpartiet och förenades. Läkning p. pr. Utskrefs d. 18<sup>1</sup>/<sub>10</sub>.

Hon visades åter d. 5<sup>11</sup> 1889 och var fullt frisk; en hårfin fistel fans dock i öfre kanten af ärret. Men 3 veckor därefter var alt annorlunda; hon hade en hastigt tillkommen, redan betydlig hydrocephalus, urin och fæces afgingo utan någon som helst regelbundenhet. Den slutliga utgången var ej oviss.

18. S. ALMSTRÖM. Hygiea, 1890, LII, s. 480. Fall af *myelomeningocele sacralis* — operation.

D. 29 mars 1888 inkom på aftonen till lasarettet (i Örebro) ett 2 dygn gammalt flickbarn. Enligt de upplysningar, som sedermera erhöles af modern, föreföll sannolikt, att barnet var framfödt 4 veckor för tidigt, hvarför äfven talade dess outvecklade tillstånd vid inkomsten till lasarettet; det vägde då ej fullt 5  $\mathcal{E}$ . I sakralregionen fans en fluktuerande svulst af en ordinär apelsins storlek, en tydlig spina bifida. Svulsten rundt om täckt af normal hud, men öfver högsta hävlfningen visade sig ett parti af en 2-kronas storlek, där betäckningen utgjordes af en tunn, nästan genomskinlig membran, och genom en liten öppning på en 10-örestor, brunaktig, torkad fläck (möjligen förorsakad af barnmorskans toucheringar, då fostret lär hafva framförts i sätesbjudning) framsprjade tumörens klara, tunnflytande innehåll. Operationen var sålunda nödvändig att företagas genast, om ock med hänsyn till barnets eländiga tillstånd föga däraf var att vänta. Den utfördes enligt den af prof. BERG i december-häftet 1886 af Hygiea beskrifna metod, blott med den förändring, att inga suturer lades i ryggmargshinnorna. Svulsten befans efter sitt öppnande vara ett otvetydigt myelomeningocele med på insidan af den kvarlemnade centrala piaffiken löpande, väl utvecklade nervelement. Den lilla patienten tycktes ej hafva lidit något nämnvärdt af det operativa ingreppet; hon tog strax därefter med begärlighet bröstet. Utan några oroande symptom läktes operationssåret, och då hon 3 veckor senare utskrefs, återstod af svulsten ej mer än en liten, oöm upphöjning af en half valnöts form och storlek. Barnet vägde då drygt 7  $\mathcal{E}$ . Enligt fyra månader senare inkomna underrättelser hade svulstaterstoden skrumpnat ännu mer, och barnet frodades väl. Tyvärr lär det senare hafva aflidit efter en tids diarré. Under denna sjukdom trodde man sig hafva iakttagit, att hufvudet tilltog alt för hastigt i storlek, och att kroppen anmärkningsvärdt tillväxte i längd utan att öka i groflek och hull. Om här verkligen föreligger en kronisk hydrocephalus, och om den i så fall har något samband med det här omtalade bildningsfelet och dess behandling, har jag på de torftiga uppgifter, jag fått, ej kunnat afgöra. Från operationsåret hade emellertid intet ovanligt iakttagits.

19. J. BORELIUS. Hygiea 1889, LI, s. 533. Spina bifida — ett *meningocele lumbosacralis* — opererad medels lambæxcision.

Flicka, 10 månader gammal. Vägde vid födelsen öfver 9 skålpund, har sedan fostrat sig väl och synes hafva efter sin ålder normal storlek och utveckling samt godt hull. Barnet är lifligt, intelligent och psykiskt friskt. Ingen hydrocephalus. Har aldrig haft några kon-

vulsioner eller krampanfall. Vänstra benet kännes slapt och är paralytiskt; modern har aldrig sett barnet röra det benet. Nästan fullständig anestesi förefinnes i båda benen; fötterna synas något svullna; ingen pes varus. Inkontinens af urin och fæces; modern tycker åtminstone, att det ser ut som om det icke finnes något »håll» på någondera vägen — och olika andra barn vid samma ålder. Spina bifida-tumören är till läget lumbosakral och höjer sig i form af en mer än gåsäggstor svulst öfver ryggens nivå. Tumören mäter öfver högsta hvälfningen longitudinelt 11 cm., transverselt 12 cm. och i en omkrets kring basen 20 cm. Betäckningen utgöres omkring basen 2 till 3 cm. upp på tumören af abnormt förtjockad, oelastisk, mindre förskjutbar, cutis, försedd med glest sittande långa hår (zona dermatica). Öfver tumörens hvälfning öfvergår denna i en blårod, glänsande, hinnaktigt genomskinlig betäckning. Ingen nufvelformig indragning eller fördjupning finnes i centrum; inga nervelement lysa genom den tunna betäckningen; tumören hårdt spänd, elastisk. Den yttre betäckningen är i ringa mon förskjutbar mot underliggande betäckning (af ryggmärgshinnor) och kan vid gränsen till zona dermatica lyftas upp i ett litet veck.

Pat. inkom d. 8/8 1888; operation dagen efter.

Omvirad med ylle, så godt sig göra lät, placerades pat. på operationsbordet på sida, halft på magen, med hufvudet lågt. Kloroformnarkos (d:r BARK) under ytterst noggrant aktgifvande på respiration och puls. Sedan operationsfältet desinfekterats, börjades operationen med bildande af tvänne lambåer, afsedda till yttre (hud-)betäckning. Ungefär på gränsen till zona dermatica upplyftes ett litet hudveck, hvilket inciderades, och härifrån bildades å båda sidor lambåer, som dissekerades ned till basen af tumören — alt utan att öppna själva tumören. Denna tömdes därefter medels långsam aspiration med en större punktionsspruta för att förekomma för hastig minskning af trycket inom cerebrospinal-kaviteten; 50 cem. vattenklar, svagt halmgul vätska uttömdes. Genom en incision 1 till 2 cm. på sidan om centrum öppnades försiktigt den hopfallna ryggmärgshinnesäcken, och dess inre inspekterades. Defekten i kotbågarna var en rundad öppning af ett 2-öres storlek och syntes beträffa sista länd- och öfre sakralkotorna. Inga nervelement kunde någonstades upptäckas på ryggmärgshinnesäckens insida; inga nervtrådar utträdde genom hålet i ryggraden. Här förelåg sålunda med all säkerhet ett rent meningocèle. Ryggmärgshinnesäcken dissekerades nu ned till hålet eller kotbågsdefekten; större delen extirperades, det kvarstående förenades noggrant öfver hålet med madrasssutur och återgående öfverkastösöm af tämligen groft silke. Därefter särskild fortlöpande sutur på hudlambåerna, som sammansyddes häröfver. Kollodiumförband; däröfver en kompressionsbinda. Operationen varade knapt en timme. Barnets tillstånd under och efter operationen mycket godt. Kloroformeringen gick utmärkt; ingen gång något oroadande från respiration eller puls.

D. 10/8. Skriket rätt mycket de första timmarna efter operationen, för öfrigt intet att anmärka; inga särskilda symptom från nervsystemet.

Temperatur: d.  $\frac{9}{8}$  aft.  $37,2^\circ$ ; d.  $\frac{10}{8}$   $39,2^\circ$ — $38,6^\circ$ ; d.  $\frac{11}{8}$   $38^\circ$ — $38,2^\circ$ ; d.  $\frac{12}{8}$   $37^\circ$ — $37,6^\circ$ ; därefter under  $38^\circ$ .

D.  $\frac{18}{8}$ . Förbandet utgjordes första tiden af ett spår jodoform på såret, däröfver bomull i flere tunna, hvarandra öfverräckande lager, fästade med kolloidium. Det lyckades dock ej att hålla detta förband fastsittande, utan det var ibland vid ombyte lossadt i kanterna, hvarigenom svårighet uppkom att hålla såret aseptiskt, då barnet oupphörligt vätte ned sig. Till följd häraf visar sig nu, att ej fullständig per primam läkning inträder, utan en ringa suppuration finnes i såret. Kreolinomslag ett par dagar.

D.  $\frac{20}{8}$ . Suture borttages; nästan ingen suppuration; kolloidiumförband, ombyte 2 gånger dagligen.

D.  $\frac{27}{8}$ . Ringa varbildning under såret tätt under huden; ett par små incisioner; velar af jodoformgas inläggas.

D.  $\frac{31}{8}$ . Några droppar var afsöndras från 2 små hål, det ena vid nedre änden af såret, det andra ur ett suturhål vid öfre änden.

D.  $\frac{8}{9}$ . Pat. utskrifves på moderns begäran; stannar i staden och skötes polikliniskt. Fortfarande ringa suppuration ur 2 hål.

D.  $\frac{9}{9}$ . Under kloroformnarkos debriderades hålen något och utskrapades med en liten skarp slef. Sköljning med sublimat 1 : 1000, eftersköljning med 1 : 5000. I öfre hålet påträffades och utdrogs en lång silkesände.

D.  $\frac{15}{9}$ . Suppurationen ur nedre hålet nu borta; ur det öfre betydligt förminskad; sista dagarna kreolinsköljning; förband med kreolinomslag. Pat. reser hem.

Från dr. LINDHOLM, som godhetsfullt åtog sig att se om barnet, erhöles sedermera det meddelandet, att hon i oktober fick mässling och därefter tynade af och dog. Fullständig läkning hann ej inträda; kort före hennes död uttogs å nyo under ärret en några cm. lång silkestråd.

20. J. BORELIUS. Hygiea 1894, LVI, II, s. 118. Medfödda bildningsfel operatift behandlade. Spina bifida.

*Myelomeningocele lumbosacralis*. Flickebarn, 7 dagar. Intogs på Karlskrona lasarett d.  $\frac{16}{9}$  1893.

Öfver lumbosakraltrakten en medfödd tumör (spina bifida). Den mäter uppifrån och nedåt i midtlinien 6 cm., i bredd från sida till sida  $4\frac{1}{2}$  cm. Den är tämligen slapp, hopfallen, obetydligt spänd. I dess yttersta randzon består betäckningen af normal cutis af 1 cm:s bredd; därefter kommer en  $1\frac{1}{2}$  cm. bred zon, där betäckningen är hinnliknande. Öfver toppen synes betäckningen på en 2-örestor fläck exkorierad och är belagd med en varig rufva. Då barnet skriker, fyller sig tumören något. Hålet i ryggradskanalen kan ej palperas.

Operation d.  $\frac{18}{9}$ .

Från gränsen af normal cutis dissekerades här tvänne sidolambåer, och hinnorna följdes till ryggradskanalen. Säcken öppnades försiktigt. Den innehöll på sin topp ryggmärgen, och inuti säcken lågo de utgående nerverna. En del af hinnorna exciderades på båda sidor. Ryggmärgen tillsammans med den så godt möjligt rengjorda area medullo-

vasculosa samt nerverna reponerades i ryggradskanalen, och hudlambåerna syddes tillsamman däröfver, efter förut lagda sidosnitt för att minska spänningen. Defekten i kotbågarna var rätt smal från sida till sida, var 3 till 4 cm. lång.

D. 21/9. Förbandsombyte; varigt sekret i såret; feber.

D. 23/9. Död.

Vid sektionen fanns en uppstigande varig meningit, utgången från operationsstället.

Spina bifida-tumören var ett typiskt myelomeningocele. Dura mater slutade med en skarp, makroskopiskt, fullt tydlig rand vid tumörens bas och ingick sålunda ej als i dess betäckningar.

## 21. J. BORELIUS. A. st. 1894, s. 119.

*Myelocystomeningocele.* Gossebarn, 5 veckor. Intogs på Karlskrona lasarett d. 14/12 1893. Barnet kraftigt, väl nutrieradt, får bröstet. I lumbosakralregionen en medfödd tumör (spina bifida). Huden är öfver större delen af tumören hinulik, ingen afdelning i skilda zoner på betäckningen, ingen zona dermatica. På midten ärlik väfnad; epidermisbeklädd, ingen exkoration. Tumören likformigt spänd, fluktuerande. *Mått:* omkrets 17 cm., längd 6 till 7 cm., bredd 7 till 8 cm., höjd ungefär 2 till 3 cm.

*Operation* d. 15/12 1893.

Tumören öppnades vid sidan med ett snitt. Hudbetäckningen var så tunn, att icke några ordentliga lambåer kunde dissekeras upp. Cerebrospinal-vätska utranu vid snittet. Tumören befans i sitt inre delad i två afdelningar, dock kommunicerande med hvarandra. I midten fins ett parti, som går igenom säcken från ryggradsdefekten till toppen af säcken; detta parti synes bestå af en hinne-duplikatur eller säck, i hvars vägg synas rätt godt om nervtrådar, hvilka gå upp mot säckens topp. Duplikaturen eller säcken innehåller cerebrospinal-vätska. Denna löstes från tumörbetäckningen i toppen och reponerades jämte nerver. Ett par lambåer från sidorna syddes öfver det hela. Dessa voro synnerligen tunna.

D. 18/12. Förloppet reaktionsfritt. Ett par suturer ha skurit igenom. Genom suturbålen flyter cerebrospinalvätska, då barnet skriker.

D. 24/12. Fullt läkt, alla suturer uttagna. Genom ett af ärrn efter suturerna flyta några droppar cerebrospinal-vätska, då barnet skriker häftigt eller krystar. På moderns enträgna anhållan utskrifves det i dag julaftonen.

Enligt senare underrättelser har barnet dött den 27/12 1893. I detta fall förelåg sannolikt den form af spina bifida, som kallas myelocystomeningocele.

## 22. H. V. UNGE. Eira 1893, XVI, s. 19. Två fall af spina bifida; operationer. (Ur årsrapporten för Norrköpings lasarett till kongl. medicinalstyrelsen.)

Flicka, 1 månad gammal, hade öfver sakraldelen af ryggraden en rund tumör af 8 cm:s diameter, som vid barnets skrik utspändes; be-

täckningarna voro å sidodelarna mycket tunna, genomskinliga; men längs midten i ryggradens riktning var huden förtjockad, synbarligen genom sammanväxning med de ur ryggradskanalen utstrålande nerverna. Huden var ej sårig, men man hade tyckt sig märka, att ibland en vätska utsipprat genom små hål i den samma. Benen hafva normal rörlighet; uttömningarna förhålla sig som annars hos barn; ett och annat konvulsiviskt anfall lärer hafva förekommit.

D. 10 januari 1891 gjordes under kloroformnarkos operation, bestående i utklippning af de förtunnade betäckningarna å hvardera sidan om medellinien i form af elliptiska stycken och sammansyende af de nybildade särkanterna; dura med motsvarande dura och däröfver hud vid hud. Som därvid uppstod stramning i såren, gjordes på hvardera sidan, ungefär ett par cm. från såret, långsgående incision genom huden. Förband och framstupadt läge.

D. 15/1. En ringa flytning af en klar vätska genom suturkanalerna och små springor i såren, hvarför några suturer anlades på sådana ställen.

D. 20/1. Såren läkta utom en liten fistel; ärrer är tunnt och företer en viss stramning. Barnet har hela tiden efter operationen legat framstupa med benen dragna upp mot buken; tyckes ej kunna sträcka ut dem; tager bröstet; uttömningarna normala.

D. 24/1. Har de två sista dagarna legat i ett kollapsliknande tillstånd. Dog i dag. — Liköppning vägrades.

### 23. H. V. UNGE. A. st.

Gosse, 16 dagar gammal, intogs d. 13 nov. 1891. Han hade ett *myelomeningocele* å vanligt ställe öfver sakralregionen, mätande 6 cm. i kroppens längdriktning, 5 i tvärgenomskärning och 17 i omkrets. I riktningen af ryggradens fortsättning äro betäckningarna förtjockade med tydlig hudbeklädnad; denna tjockare betäckning har formen af ett upp- och nedvänt Y; de öfriga betäckningarna äro ytterst tunna, hinnartade. På midten af tumören märkes en granulerande såryta af ungefär en kvadratcentimeters utsträckning. Barnet är litet, magert, lidande af dyspepsi; ligger för det mesta med benen nppdragna mot buken, men saknar ej förmåga att röra dem; afföringarna normala, i synnerhet sedan en befintlig kontraktur i anus blifvit afhjälpt.

Under kloroformnarkos gjordes d. 14/11 försiktigt incisioner i midten af de trenne hinliknande partierna längs med deras längdriktning, hvarvid det fullkomligt klara innehållet långsamt fick afrinna. Vid undersökning af öppningen i ryggraden befaus denna ganska stor, och därur utstrålade en samling nerver likt en kvast mot huden. Särkanterna upplyftes, så att de inre ytorna kommo i beröring med hvarandra och fixerades i detta läge dels genom madrass-suturer vid de bildade veckens bas, dels genom stnpadt läge.

D. 18/11. Ingen temperaturstegring; barnet har funnit sig väl i ständigt bukläge. Suturena uttogos.

D. 22/11. Såren läkta utom på ett ställe, där genom en mycket liten öppning vätska utsipprar; där lades nu en madrass-sutur vid veckets bas.



D. 25/11. Utskrifves läkt.

I maj 1892 återsågs barnet, som fostrat sig väl och hade god rörlighet i benen.

24. TILLMAN. Eira, XVI, s. 21, 1893. Ett fall af spina bifida med operation. (Ur årsrapporten till kongl. medicinalstyrelsen.)

Flicka, 5 dygn, intogs å lasarettet i Halmstad d. 14 juni 1891. Fadern frisk; modern, primipara, har ett synnerligen kraftfullt och blomstrande utseende. Barnet, som diar och är väl nutrieradt samt försedt med normal rörelseförmåga äfven i nedre extremiteterna, företer intet abnormt utom en speciöstor, halvesferisk, ej pedunkulerad, fluktuerande, till färgen mörkt brunrå-rödbrun och med missfärgade, delvis gangrenösa, i midtelpartiet hinnartade betäckningar beklädd frambuktning, belägen i medellinien å öfre delen af sacrum, å hvilket beu uppfattas en svulsten motsvarande, fast till omfånget mindre än denna, i vertikallinien oval defekt i sakralkanalens bakre vägg. Vid tryck på svulsten, hvilken utan skarp gräns åt sidorna öfvergår i cutis, och å hvilken inga respiratoriska eller pulsatoriska fenomen iakttogos, blir barnet oroligt och markerar smärta genom skrik.

Operation d. 14/6 1891 (utan narkos). Elliptiskt snitt å kroppens längdriktning, ett på hvardera sidan om svulsten och så långt in på den omgäfvande friska huden, att en pålitlig föreningslinie i den samma vid sutureriugen antogs böra kunna komma till stånd. De ytliga partierna af ryggmärgshinnorna samt de kringskurna brandiga hufvudpartierna bortdissekerades genom försiktig ytdissektion. Hinnorna voro dock så tunna, att svulsten härvid på flere ställen brast sönder samt den däri inneslutna (cerebrospinal-)vätskan uttrann, och nervelementerna blottades. Dessa — som tycktes utgöras af den bakåt å hinnorna sig delvis förgrenande cauda equina, hvilken vid hinnornas lederande sålunda naturligen äfven i någon mon lederats (säckens begränsning framåt, botten vid bukläge, utgjordes af en sammanhängande, rödgrå, lucker märgmassa, hvars konstituerande element ej kunde närmare bestämmas) — täcktes efter hinnornas löspreparerande från huden utåt till randen af bendefekten i sakralkanalen förmedels separatkatgutsuturer, förda genom de kvarvarande, relativt fastare randpartierna af hinnorna, på hvilket sätt ryggradskanalen åter tämligen uöjaktigt kunde sukessest hopsutureras och slutas, hvarefter hudsåret förenades med täta separatsuturer af aseptiskt silke.

Öfver operationsfältet anlades de första dagarna ett inre skyddsförband af jodoform-vadd-kollodium, hvilket skyddades med ett yttre, kring bäckenet anlagdt, sublimat-holzwolewatte-förband, hvilket åter i sin tur, till förekommande af genomdränkning med urin och exkrementer, skyddades med en ruudt om, stramt fastbandagerad oljeduk.

Under läkningen uppstod en mindre defekt i föreningsliniens midt, därigenom att en del hudsuturer skurit igenom. Nedre extremiteternas rörlighet de första dagarna efter operationen nästan ingen. Efter några dagar började emellertid svag rörelseförmåga i benen åter inställa sig



samt defekten i ärrets midt efter hand att fyllas, så att vid ntskrifningen d. 23<sup>7</sup> såret var nära läkt.

Efter någon tids ytterligare poliklinisk behandling läktes operationssåret fullt fast och fullständigt utan fistelbildning; rörelseförmåga i benen så pass återkommen, att det hela syntes lofva rätt godt för framtiden.

D. 18<sup>3</sup> 1892. Under en i annat äudamål till barnets hemort företagen resa återsåg jag det samma. Det företedde då öfver midten af ärret efter operationssnittet en i omfång ungefär valnötstor, svag frambuktning af de fortfarande läkta och till utseendet nästan normala hudbetäckningarna. Vid tryck å den elastiskt fluktuerande svulsten, under hvilken en tämligen vidsträckt defekt i sacrum fortfarande kunde utpalperas, markerades oro och vid hårdare tryck smärta genom skrik. Båda nedre extremiteternas, företrädesvis dock den högras rörelseförmåga mycket nedsatt, så att barnet, ehuru det hela tiden efter operationen skenbart varit friskt och »mycket snällt», diat normalt och haft godt hull, ej ännu gjort några försök att stödja på benen. Stora fontaneln vidt öppenstående, blicken slö och irrande, öfre ögonlocken genomdragna af utstående, genomskimrande vener; pannbenets orbitalpartier lindrigt franspringande, så att starka indicier syntes föreligga, att en under utveckling varande hydrocephalus kom att inom kort omintetgöra det i och för sig relativt gynsamma begynnelseresultatet af operationen.

25. BAYER. Prag. med. Wochenschr. 1889, XIV, n:r 20. Zur Chirurgie der Rückenmarksbrüche.

*Hydromyelomeningocele sacralis.* Flicka. 10 månader gammal, intogs d. 28 mars 1888. Väl utvecklad och väl nutrierad. Bakre hälften af stora fontaneln visade en hasselnötstor frambuktning. Hela regio lumbalis och sacralis var säte för en cystisk tumör, stor som barnets iufvud. Basen bred. Tumören var öfveralt genomskinlig och lät sig utan svårighet komprimera. Då barnet låg stilla var den slapp, men fylde sig och blef spänd, när det skrek. Defekten i ryggraden kunde ej tydligt palperas. Lindrig prolapsus recti. Pares af undre extremiteterna utom cruralisområdet. Låren kunde böjas och sträckas; underben och fötter släpade. Incontinentia alvi et urinæ.

D. 4 april 1888 profpunktion. 880 cem. cerebrospinal-vätska uttömdes. Inga cerebrala symptom. Tryckförband. Efter 24 timmar hade tumören återtagit sin förra storlek.

D. 8 april exstirpation af säcken under kloroformnarkos. Två hudlambæer, en öfre och en nedre, afpreparerades från basen. Stjälken var fingertjock och hade sitt fäste i trakten af 2:dra och 3:dje sakralkotan. Vid stark tänjning af stjälken uppträdde en gång en tydlig pupillförträngning, hvilken dock ej å nyo kunde framkallas. Samma förhållande egde rum, då den anlagda katgntligaturen måttligt åtdrogs och stjälken exciderades. I det exstirperade stycket fans en betydlig del af ryggmärgen. Amputationsstumpen reponerades, och dura mater suturerades. Inga spinala symptom.

D. 6 maj var såret fullständigt lakt. Paresen hade ej ökats.

I den anförda tidskriften 1892, nr 28, s. 319 tillägger förf. följande: 11 månader efter operationen har barnet vuxit betydligt och är vid godt hull. Undre extremiteternas muskulatur ej atrofisk. Barnet böjer och sträcker aktift båda benen; endast fötterna hänga paralytiska och äro lindrigt cyanotiska. Incontinentia ulvi et urinæ.

D. 8 maj 1892 antecknades vidare: Öfre delen af kroppen mycket väl utvecklad. Ingen hydrocephalus. Urininkontinens. Nevroparalytiska, ytliga ulcera ad nates. Rörelsen i lår och underben fri. Fötterna hänga paralytiska med tendens till varus-ställning.

Euligt prof. CHIARIs patolog.-anatom. undersökning utgjordes tumören af ett hydromyelocele i förening med meningocele spinalis. Sex nervpar utgingo på hvardera sidan af det exstirperade stycket; nervtrådarna visade framskriden degeneration och sklerosering.

## 26. BAYER. A. st., 1889.

*Meningomyelocele lumbo-sacralis.* Tio dagar gammal gosse, intogs d. 23 januari 1888. I regio lumbo-sacralis en tumör af ett äpples storlek, sträckande sig från 4:de lumbal- till 3:dje sakralkotan. Basen något insnörd. Tumören genomskinlig. På dess högsta punkt ett gangrenöst, ulcereradt parti. Vid palpation af basen känner man i den bakre väggen en fingerbred lucka i col. vertebr., motsvarande de två sista länd- och de två första korsbenskotorna. Svlusten kan komprimeras och sväller starkt ut, då barnet skriker. Inga förlamningar.

Under kloroformnarkos företogs operation i bukläge. Två hudlambåer afpreparerades, och stjärken frilades. Meningomyelocele-säcken öppnades så mycket, att man kunde se in i den. Cauda equina sågs utbreda sig på bakre väggen, motsvarande det ställe, där dekubitalsåret fans utvändigt. Sedan aflöstes cauda equina, hvarvid på grund af den inflammatoriska fastlöduingen lindriga slitningar ej kunde undvikas. Inga symptom från nervsystemet eller hjärtat. Den lösgjorda caudan reponerades i ryggmärgskanalen, och meningomyelocele-säcken afklipptes med undantag af två durala sidolambåer, som hopsyddes med 9 konjunktivalsuturer. Hudsuturering; ingen dränage; jodoformgas; salicylvaddsförband.

Pat. behandlades polikliniskt. Något utflöde af cerebrospinal-vätska. Läkning efter 4 veckor.

En månad därefter dog barnet af en perforerande ulceration i ärrat. Dessförinnan hade utbildat sig en betydande hydrocephalus. Blåsa och rectum funktionerade normalt. Undre extremiteterna ej förlamade.

## 27. BAYER. A. st., 1890, XV, nr 5, s. 48. Weitere Erfahrungen über die Zulässigkeit der blutigen Operationen der Rückenmarksbrüche.

*Myelocele sacralis.* Flicka, 4 dagar. Dubbelsidig klumpfot. Tumören af ett mindre äpples storlek. Basen bred, sträckande sig från sista ländkotan till trakten af 3:dje korsbenskotan. Svlustens nedre

del beklädd med normal hud, toppen med mjuk granulationsväfnad. Förlamning i båda de nedre extremiteterna samt blåsan. Prolapsus recti et vaginæ totalis.

Operation d. 24 juli 1889. Incision rundt omkring det granulomliknande partiet; afpreparering af huden; insnitt i duralsäcken. Denna befinner sig utgöra en tillsluten säck, innehållande ungefär en tesked cerebrospinal-vätska; genom den samma förlöpa 4 nervliknande strängar. Förbindelse med sakralkanalen synes ega rum endast medels dessa strängar. Främre säckväggen täcker den tydligt palpabla luckan i col. vertebr. Försöket att aflossa det araknoidalblad, som bekläder säckens insida, lyckas endast till en del, och det samma är äfven förhållandet med nervtrådarna. Dessa kunna ingenstädes följas i återgående riktning, utan sluta i själva säckväggen, och de exstirperas därför jämte araknoidalbladet. En enda nervtråd ser man, sedan den öfverskurits, draga sig in i ryggmärgskanalen en fin lucka på främre säckväggen, hvarur några droppar cerebrospinal-vätska sedan sippra fram. Säcken exstirperas ända till de basala resterna, hvilkas ränder hopsys i sagittal riktning medels 7 fina konjunktival-silkessuturer; iugen dränage; jodoformgasförband.

Såret läktes p. pr. utan nämnvärd reaktion. I början af augusti bildade sig en liten fistel i ett suturhål. Härifrån utgick infektion, och spinalmeningitiska symptom uppträdde. Hydrocephalus. Barnet dog d. 10 aug.

Obduktionsresultatet visade meningitis spinalis progrediens ad basim cranii. Hydrocephalus acutus. Säcken bildades af ryggmärgens nedersta ände.

## 28. BAYER. A. st., 1890.

*Meningocele dorso-lumbalis med prolaberad nervsträng.* Årsgammalt barn, som på öfvergången från bröst- till ländsegmentet af rygg-raden hade en valnötstor cystisk tumör, betäckt med normal, något förtunnad hud. Tumören kommunicerade med ryggradskanalen, som hade en tydlig defekt.

Operation d. 31 okt. 1889. Sidoincision. I duralsäcken sågs en sträng, som tycktes innehålla nervelement, förlöpa tvärs igenom säcken framifrån bakåt, fästade sig i den bakre polen. Ligatur; fripreparering från säcken och reposition; katgutsutur på de basala säckresterna, madrass-sutur på hudlambåerna.

D. 9 nov. utskrefs barnet med såret läkt p. pr. Förf. tillägger om fallet i en senare offentliggörelse (a. st. 1892, XVII, n:r 20, s. 320), att barnet i 6 månader varit friskt men sedan dött af ett »utslag».

## 29. BAYER. A. st., 1890.

*Myelomeningocele sacralis.* Flicka, 15 dagar gammal, kraftigt utvecklad. I sakralregionen en tumör 5 cm. i diameter. Långa förlamningar. Betäckningarna tunna och genomskinliga. Tumören slapp, men spännes något, då barnet skriker, samt visar tydlig med respira-

tionen öfverensstämmande rörelse. I midten en nafvelformig indragning. En fyrkantig lucka kan palperas i de två nedersta ländkotornas och öfversta sakralkotans område. Lindrig hydrocephalus.

Operation d. 15 nov. 1889. Säcken inciderades, och man såg däri hela cauda equina, som på ett litet område var fästad vid midtelpartiet af bakre ytan, så att den löpte i en bakåt konvex båge till nedre vinkeln af sakraldefekten. Den lilla adherensen löstes, utan att nervsubstansen lederades, och duralsäcken exstirperades med undantag af det stycke, som behöfdes för att tillsluta luckan i sacrum. Durallresterna hopsyddes med 7 fina katgutsuturer. Därefter preparerades ur hvardera af m. m. sacrolumbalis fascior en sidolambå, och de båda, mot medellinien dragna kanterna af dessa lambåer förenades medels 13 fina katgutsuturer. Parallelt med de isärvikna kanterna af nämnda muskler, på båda sidor om defekten och ungefär 1 cm. därifrån, lades ett djupt, 5 cm. långt snitt i muskelsubstansen, och de sålunda mobiliserade inre muskelpartierna hopfogades i sagittal riktning med 8 starka katgutsuturer. På detta sätt åstadkoms en fast tillslutning bakåt af defekten. Det yttre såret tillslöts med 10 knutna silkes- och 2 »Entspannungs»-suturer; jodoformgasförband.

Patienten behandlades polikliniskt. D. 26 dec. fullständig läkning. Barnet hade blifvit starkt och tridfles bra. Inga förlamningar.

Fallet demonstrerades i Verein Deutscher Ärzte in Prag d. 14 mars 1890. Pat. skall någon tid därefter (a. st. 1892, XVII, n:r 28, s. 30) hafva börjat lida af incontinentia alvi et urinæ och vid jultiden 1891 dött af en med feber börjande akut åkomma.

**30.** BAYER. A. st. 1892. XVII, n:r 28, s. 320. Zur Technik der Operation der Spina bifida o. s. v.

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse, 6 dagar gammal, intogs d. 15 februari 1890. Tumören 5 cm. i diameter. Area medullovasculosa blottad. Defekten i col. vertebr. låg i sista ländkotan och de tre första korsbenskotorna. Pes valgus congenitalis dextr. et varus sin. Incontinentia alvi et urinæ. Paralyti af nedre extremiteterna i ischiadici utbredningsområde.

Operation d. 15 febr. 1890. På säckens insida utbredde sig cauda equina med sina ändgrenar. Dessa fripreparerades till insertionsstället, som skildes från säcken. Den basala säckresten suturerades däröfver. Muskel- och hudsutur; jodoformgasförband. Läkning. Förlamningarna kvarstodo oförändrade.

Två år därefter hade barnet kraftigt utvecklats. Ärret i sakralregionen fast utan frambuktning eller spänning. Ingen hydrocephalus. Lårbensmuskulaturen icke förlamad. Fötter, blåsa och rectum fortfarande paralytiska.

**31.** BAYER. A. st. 1892, XVII, n:r 28, s. 320.

*Myelocystocele lumbalis.* Flicka, 14 dagar gammal, inkom d. 3 april 1890. I lumbalregionen en spina bifida, 6 cm. i genomskärning, med blottad zona medullo-vascularis. Den fingerbredda defekten

i ryggraden sträckte sig från sista bröstkotan till korsbenet. Paralyti i nedre extremiteterna. — Vid operationsförsöket befans, att ryggmärgen bildade säckens väggar, hvarför vidare ingrepp måste inställas. Snittet hopsyddes, och huden förenades däröfver. Efter några dagar död i hemmet.

**32. BAYER.** A. st., 1892, XVII, n:r 28, s. 320.

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse,  $\frac{1}{3}$  år gammal, inkom d. 12 nov. 1890. Svampformig tumör på bred stjälk med fläckvis förtunnade hudbetäckningar. Någon begränsad defekt i benet kunde ej palpéras. Inga förlamningar. Hydrocephalus.

Operation d. 15 nov. 1890. Hudlambåer afpreparerades, och insnitt gjordes i säcken. Nedersta delen af ryggmärgen löpte, på sina ställen hypotropiskt ansväld, i bakre säckväggen. Arachnoides förtjockad och ödematös. Ryggmärgen frigjordes från säckväggen jämte en del af arachnoides. I trakten af öfversta korsbenskotorna såg man blott en grund fördjupning, i hvilken sakralnervernas rötter lågo utspända. Någon egentlig defekt fanns icke. Suture af säckresterna; hudsuture.

Enligt CHIARI innehöll säcken inga nervelement. Säckväggens lager utgjordes af cutis, subcutis, dura och arachnoides.

Barnet utskrefs läkt efter 10 dagar. Inga förlamningar.  $2\frac{1}{2}$  månad efter operationen dog barnet i ett eklampiskt anfall.

**33. BAYER.** A. st., 1892, XVI, n:r, 29, s. 332.

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse, 10 dagar gammal, inkom d. 25 mars 1891. Säcken räckte från midten af ländregionen till midten af sakralregionen och var af en liten apelsins storlek samt något hjärtformig. Tydlig zona medullosa.

Operation samma dag. Hela zona medullosa kringkars och lemnades i orubbadt sammanhang med en från ryggmärgen bakåt gående nervsträng. Den öfverskjutande delen af säcken exciderades, och resten hopsyddes öfver den i ryggradskanalen reponerade zona medullosa. Plastik med sidolambåer från ryggmuskelnernas fascia. Hudsuture; jodoformförband.

Poliklinisk behandling. Såret läktes icke p. p. men utan meningitiska symptom. Ännu 13 månader efter operationen befann barnet sig väl, men hydrocephalus hade småningom börjat utveckla sig.

**34. BAYER.** A. st. 1892, XVII, n:r 29, s. 333.

*Myelomeningocele sacralis.* Flicka, 3 månader gammal. I öfre hälften af sakralregionen en spina bifida 3 cm. i genomskärning. Hudbetäckningen på tumörens höjdpunkt genomskulig och öfveralt veckbar. Vid palpation märktes i svulstens inre en förskjutbar sträng, som tycktes fästa sig vid toppen. I öfre delen af sacrum kändes en 2 cm. lång defekt. Inga förlamningar.

Operation d. 9 nov. 1891. Det förtunnade midtelpartiet kringkars, och huden afpreparerades. Vid inspektion af säckens inre visade

det sig, att den vid dess topp fästade nervsträngen utsände talrika förgreningar, som voro fästade vid säckens inre yta, hvarför äfven mittelpartiet afpreparerades, och säcken i sin helhet bibehöls. Muskel- och hudsuturer. Läkning p. p. utom på ett område i midten, som granulerade. Ingen förlamning. Fem månader senare undersöktes barnet. Allmänna tillståndet godt; fast ärr; inga förlamningar och ingen frambuktning af fontanellerna.

**35. BAYER. A. st., 1892, XVII n:r 29, s. 333.**

*Myelomeningocele lumbo-sacralis.* Gosse 14 dagar gammal, intogs d. 9 dec. 1891. Vid lumbalportionens öfvergång till korsbenet en spina bifida,  $5\frac{1}{2}$  cm. lång, 4 cm. bred och 3 cm. hög. Den normala huden öfvergick med en oval söm i zona epithelio-serosa, hvilken liksom en ram omgaf den i midten liggande nekrotiskt missfärgade zona medullo-vasculosa. Paralyti af vesica och rectum. Pares i nedre extremiteterna. Barnet väl utveckladt och kraftigt.

Operation d. 10 dec. Den normala huden afpreparerades, och cirkelsnitt lades kring zona m. v. Från och till denna löpte några nervsträngar fritt genom säcken. Epithelio-serosadelen extirperades, och på återstoden lades sutur öfver ryggmärgens slutportion. Muskel-lambåsutur; hudsutur; jodoformgasförband. Inga oroande symptom efter operationen, hvarför pat. fick behandlas polikliniskt. Afled följande dag.

CHIARIS patol. anat. undersökning visade, att de 2 nedersta ländkotorna och 3 öfversta sakralkotorna voro dorsalt klufna. Nedanför afgångsstället för nervi lumbales III var ryggmärgen, genom en på dess ventrala sida uppkommen vätskesamling, frambuktad i meningerna såsom zona medullo-vasculosa. Från den ventrala ytan af zona m. v. utgingo de 2 sista lumbal- och samtliga de distalt härom liggande nervparen. Ingen meningitis men en utbredd bronchitis. Hydrocephalus samt åtskilliga andra abnormiteter.

**36. BAYER. A. st., 1892, XVII, n:r 29, s. 333.**

*Myelomeningocele sacralis.* Gosse, 3 dagar gammal, intogs den 23 jan. 1892. Tumören, stor som ett barnhufvud, brast under förlösningen och underbands vid perforationsstället. Basen bred. Längs midten af säckens öfre hälft tydlig zona epithelio-serosa. En tjock sträng kändes förlöpa i säcken. Inga förlamningar. Barnet kraftigt.

Operation d. 24 jan. 1892. Två halfmånformiga hudlambåer afpreparerades i tvärgående riktning från tumörens bas; median incision på säcken. Ryggmärgen löpte utan att afgifva sidogrenar adherent till säckväggen utefter dennas öfre hälft ända till perforationsstället. Två incisioner gjordes i den ödematöst genomdränkta arachnoides längs ryggmärgens ändgren, hvarefter denna afpreparerades och reponerades; sutur å meningealsäcken och hudsutur. Läkning p. p. Fem månader senare frisk. Ingen hydrocephalus. Inga förlamningar.

## 37. BAYER. A. st., 1892, XVII, n:r 29, s. 334.

*Myelomeningocèle sacralis.* Flicka, 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> månad gammal, intogs d. 4 april 1892. Vid öfvergången mellan ländregionen och korsbenet en tumör af platt, cylindrisk form. Zona epithelio-serosa innesluten i ett veck på dess höjdpunkt. Inga förlamningar. Barnet kraftigt.

Operation samma dag. Cirkelsnitt i form af en hudmanschett kring tumörens bas. Från denna sträng afpreparerades hela hudsäcken, hvarefter strängens fria ände medels en sutur fixerades i djupet. Hud-sutur; jodoformcollodii-förband.

Läkt d. 16 april 1892.

## 38. BAYER. A. st., 1892, XVII, n:r 29, s. 335.

Gosse, 2 år gammal, med en knytnäfvastor svulst på korsbenet något till höger. Barnet kraftigt och väl utveckladt. Inga förlamningar. Hufvudskålens form hydrocefalisk. Sutureerna slutna, men stora fontaneln ännu öppen i midten. Tumören hade bred bas. Hudbetäckningen normal samt öfveralt förskjutbar. Tydlig transparens. I nedre hälften kändes en vulstig sträng.

Operation d. 17 maj 1892. Två hudlambåer afpreparerades; incision i säcken upptill. Ryggmärgens nedersta del förlöpte direkt mot undre väggen af tumörens två finger breda stjälk. Här var den fastvuxen vid säckväggen och delade sig i flere strängar, som lågo lösa intill stjälkens vägg och bågformigt återvände till defekten i korsbenet. Hela säcken utom den del af stjälsen, som inneslöt cauda, resecerades och såret suturerades, hvarefter den, cauda innehållande, lilla säck, som sålunda bildats, fastsyddes vid korsbenets öfre kant. Ur den nedre hudlambån preparerades en stor lambå, som slogs uppåt, så att den betäckte det farliga stället. Ofvanför defekten gjordes ett halfmånformigt insnitt i fascia lumbo-dorsalis, och den öfre särranden frigjordes samt fastsyddes vid skyddslambån. Häröfver suturerades hudlambåerna. Inga förlamningar efter operationen, men cerebrospinal-vätska utsippade under de två följande dagarna. På femte dagen konvulsioner och död.

Ingen meningitis. Hydrocephalus chron. intern.; bronchitis.

## 39. HILDEBRAND. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1888, bd 28, s. 438. Zur operat. Behandlung der Hirn- und Rückenmarksbrüche.

*Meningocèle.* Flicka, 3 dagar gammal, frisk och utan andra abnormiteter. I trakten af nedersta länd- och första korsbenskotan en kongenital, gåsäggsstor, spänd, med fin hud betäckt tumör. Klyfning i de nämnda kotorna.

D. 30 mars 1881 operation. Huden inciderades, och meningeal-säcken öppnades. Ett antal nervtrådar, som gingo från ryggmärgen till säcken, afpreparerades och reponerades. Duralsäcken aflägsnades, och resterna af säcken hopsyddes. Borlintförband med borsalva. Läkning.



Barnet utvecklades normalt och var 7 år efter operationen kraftigt och vid god hälsa. Årret 8 cm. långt, hvitt och tvärgående. Vänstra delen något indragen: här satt ett knippe mycket långa, fina hår. Huden förskjutbar. Under densamma kändes en fast fibrös massa, som förenade de klufna kotorna. Enligt förf:s sista offentliggörelse är nu efter 12 år läkningen altjämnt konstaterad.

#### 40. HILDEBRAND. A. st., 1888.

*Meningocele.* Flicka 1 år. Tämmligen kraftigt barn. Incontinentia alvi et urinæ. Kongenital tumör af ett strutsäggs storlek, belägen i ryggens medellinie i jämnhöjd med undre lumbal- och öfre korsbenskotan. Tumören fluktuerar, är transparent och beklädd med förtunnad, delvis ärrig hud. Någon lucka i col. vertebr. kan ej palperas.

D. 29 nov. 1881 punktion; incision och bred klyfning af säcken. Fil. terminale går från ryggmärgen genom en i jämnhöjd med sista ländkotan befintlig öppning. Några af nerverna ligga intill väggen, andra löpa fria i håligheten till säckens öfre del och utbreda sig där i huden. Huruvida de återvända in i ryggradskanalen kan icke konstateras. Nerverna friprepareras från säckens vägg och reponeras; ett stort stycke af säcken excideras; sutur; dränage; jodoförm och LISTERs förband. Inga kollapsfenomen. Aseptiskt förlopp. Död efter tre dagar.

Obduktionen visade, att fallet var ett meningocele med en slynga af ryggmärgen, stor som lillfingerets nagelfalang. Pia mater var starkt rodnad, men det framhållles uttryckligen, att inga utalade inflammations-symptom kunde påvisas.

#### 41. HILDEBRAND. A. st., 1888.

*Myelomeningocele.* Flicka, 5 veckor gammal. Kongenital tumör af ett litet äpples storlek och med tydlig fluktuation. Inga fasta delar kännas genom betäckningarna.

Operation d. 10 aug. 1882. Säcken frilägges genom afpreparering af huden; vätskan uttömmes; excision af ett äggformigt stycke utaf säcken, i hvilken ligger ryggmärgens nedre ände jämte utlöpare. Sutura; ingen dränage; LISTERs förband.

Två dagar senare kollaps och död. Sårets utseende godt. Myelomeningocele med asymmetrisk ryggmärg. Nervsubstansen ytterst mjuk.

#### 42. HILDEBRAND. A. st., 1888.

Gosse, tre månader gammal. Ofvanför korsbenet en spina bifida af en liten knytnäfves storlek och med bred bas. Barnet i öfrigt friskt. Inga förlamningar.

Operation d. 18 jan. 1884. Sedan säcken klyfts, kommo två, med hvarandra kommunicerande säckar, omgifna af ödematös väfnad, i dagen. I den högra inga nerver, men i den andra flere sådana. Som de förlöpa i säckens vägg, kan man ej undgå att genomskära dem, hvarvid ryckningar i benen iakttagas. Excision utaf en del af säcken; sutur; ingen dränage; förband med borliut och jodoförm.



Redan på kvällen hade barnet feber samt ryckningar i armar och ben. Den 20 jan. feber; förbandsombyte; dränrör inläggas, och någon grumlig vätska utflyter. Stora fontaneln starkt spänd. Nedre extremiteterna paralytiska, krampaktiga ryckningar i de öfre.

Den 21 jan. död.

Phlegmone i sårets omgivning. Varinfiltration i pia ända till midten af dorsaldelen. Uppmjukning af ryggmärgssubstansen. Hydrocephalus jämte en del andra patologiska förändringar.

#### 43. ROSENBACH. HILDEBRAND. A. st., 1888.

*Meningocele.* Gosse, 5 månader gammal, väl utvecklad. Kongenital spina bifida i trakten af 4:de och 5:te lumbalkotan och af 7 cm:rs genomskärning. Huden i öfre hälften betäckt af ärrliknande fläckar, i den undre mjuk och svålig. Inga förlamningar. Tumören fluktuerande; hade altjämt vuxit.

Operation den 25 nov. 1882. Hufvudet lågt; punktion; klyfning af säcken och exstirpation af väggen. Nervtrådarna förlöpte delvis i botten af öppningen, delvis i säcken, på hvars väggar de bildade stora bågar, och hvarifrån de återvände in i ryggradskanalen. De aflossades och reponerades i can. spin., där de på grund af sin längd lågo i oregelbundna slyngor. Dura aflossades och hopsyddes med katgutsuturer öfver ryggradskanalen. Däröfver hudsutur; dränage,

Läkning p. p.; enligt HILDEBRANDS senaste offentliggörelse konstaterad öfver 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> år därefter.

#### 44. HILDEBRAND. A. st., 1893, bd 36, s. 518. Pathol. anat. u. klin. Untersuch. zur Lehre von der Spina bifida und den Hirnbrüchen.

Barn, 8 veckor gammalt, inkom d. 2 juli 1889, med en kongenital tumör på ryggens medellinie i jämnhöjd med 2:dra och 3:dje ländkotorna. Barnet väl utveckladt och utan förlamningar. Tumören hade stjälk och var stor som en persika samt fluktuerade och skall tidtals ha varit mera fylld. Tryck därpå framkallade smärtor. Huden lätt veckad och förskjutbar.

Operation d. 3 juli 1889. Excision vid stjälsen. Under huden en ödematös väfnad och därunder en tinglasformig säck, som genom en trång öppning stod i förbindelse med ryggradskanalen. Säcken var fast och fylld med klar vätska. Såret tillslöts med djupa suturer; jodoformförband.

Barnet utskrefs läkt d. 5 juli.

Hösten 1891 konstaterades barnet i alla afseenden friskt och likaså sommaren 1893.

#### 45. HILDEBRAND. A. st., 1893, s. 519.

Barn, <sup>3</sup>/<sub>4</sub> år gammalt, intogs d. 6 maj 1890. Öfver sista hals- och första bröstkotan en kongenital, hönsäggstor tumör på bred stjälk. Barnet väl nutrieradt men med påfallande stort hufvud, starkt fram-

skjutande tub. front. et pariet. samt vida fontaneller. På tumörens yta ett blårött område med starkt förtunnad, men förskjutbar hud. Svulsten kändes loberad. Tydlig transparens. Någon defekt i ryggraden kunde ej palperas, och strängar tycktes ej finnas i stjälsen. Barnet i öfrigt normalt.

Operation d. 8 maj 1890. Cirkelsnitt kring basen; dissektion intill stjälsen, som var af en blyertspennas tjocklek och genomstacks med en armerad nål samt underbands med katgut från båda sidor, hvarefter den exciderades. Därvid uttrann en del klar, gulaktig vätska. Cystan bestod af cutis, dura och arachnoides; den hade flere rum och saknade nerver. Kommunikationen med ryggradskanalen mycket trång. Katgutsutur på stumpen. Djupa silkessuturer; jodoformgasförband.

Läkning p. p. Pat, utskrefs d. 18 maj.

Hösten 1891. Barnet friskt. Ärret knapt synligt. Rörelseförmågan god men svag, Barnet började gå först vid 2<sup>1</sup>/<sub>4</sub> års ålder. Sommaren 1893 barnet friskt.

#### 46. HILDEBRAND. A. st., 1893, s. 519.

Flicka, 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> månad, intogs d. 20 okt. 1890. I trakten af undre ländkotorna och korsbenet en kongenital tumör, stor som ett äpple. Illa fostradt barn med enormt stort, hydrocefaliskt hufvud. Tumören hade tillvuxit samtidigt med att barnets hufvud abnormt förstorades. Den var klotformig med cystisk bas. Hudbetäckningen på öfre partiet mycket förtunnad, på sidorna hård och tjock. Spänningen ökades, när barnet skrek. Inga kontraktioner eller förlamningar.

Operation d. 21 okt. 1890. Pat. lades med sätet i högläge. Punktion och bred klyfning i längdriktning. Man såg in i en hållighet med flere rum och stående i direkt förbindelse med ryggradskanalen. I cystan funnos åtskilliga, mycket tunna skiljeväggar, som tycktes sammanhänga med duran. Enstaka nervtrådar gingo ifrån ryggradskanalen till cystans spets. I ryggradskanalen en öppen ränna, som sträckte sig från sista ländkotan utefter hela korsbenet.

Å säcken gjordes cirkelformig excision, och på återstoden af säckväggen lades talrika suturer. Jodoformkollodiiförband.

Sjukdomsförloppet godt. Barnet utskrefs d. 3 nov., men dog snart därefter.

#### 47. HILDEBRAND. A. st. 1893, s. 520.

Gosse, 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> vecka gammal, intogs d. 7 april 1891. På femte halskotan en kongenital hönsäggstor svulst med bred stjälk. Tumören hade småningom tillvuxit. Huden närmast basen normal, därefter starkt förtunnad, blåaktig och på toppen ärrliknande. Gränsen mellan de olika hudpartierna skarp.

Operation d. 7 april 1891. Stjälkens olika lager genomskuros hvart för sig 1 cm. ofvanför basen. Tumören ihålig och tom med glatta väggar. En gång af »ett halft halmstrås» tjocklek syntes leda

från säcken in i ryggradskanalen. Suturening af säckens inre med katgut. Hudsuturer med silke.

Ostörd läkning. Barnet utskrefs den 18 april. Hösten 1891 barnet friskt, ärrer fast. Juli 1893 friskt.

48. HILDEBRAND. A. st., 1893, s. 520.

Flicka, 5 veckor gammal. I nacken en kongenital, hönsäggstor svulst på bred stjälk. Barnet friskt. Tumören minskades något vid tryck och var till halfva sin omkrets betäckt af blå, fläckvis ärrig hud, i öfrigt normal hudbetäckning.

Operation d. 26 maj 1891. Excision med tvärsnitt. Inga strängar till ryggmärgen. Förbindelsen med spinalkanalen tydlig. Säckens inre hade flere rum ock glatta väggar. Två små frambuktningar af en kaffebönas storlek syntes bestå af nervsubstans. På säckens iusida katgutsuturer; hudsutur med silke; vaddförband.

Efter två dagar började ur en suturkanal ett starkt ntflöde af cerebrospinalvätska, hvilket fortfor några dagar. Läkning p. p. med undantag af nämnda suturkanal. Pat. ntskrefs på begäran den 3 juni 1891.

Två år senare frisk.

49. HILDEBRAND. A. st., 1893, s. 521.

*Meningocele.* Flicka, 4 månader gammal, intogs den 17 aug. 1891. I lumbalregionen ett kongenitalt, hönsäggstort meningocele, som långsamt tillvuxit. Hudbetäckningen tunn och glänsande. Barnet väl nutrieradt. Rörelseförmågan utan inskränkning; i högra benet ofta ryckningar. Bred defekt i kotorna och tydligt förnimbara strängar i säcken.

Operation d. 18 aug. Punktion. Vid cystans bas gjordes ett cirkelrundt klipp in i densamma. Cystan hade två rum och i skiljeväggen lågo tvänne strängar, hvardera af ett halmstrås tjocklek. Den ena framträdde upptill ur ryggradskanalen och försvann nertill i denna; den andra gick nedåt i kanalen och var i sitt öfre lopp icke synlig. I säckens topp voro båda strängarna sammanvuxna med huden. Vid dennas afpreparering bibehöls den först nämnda strängen såsom slynga, medan den andra vid aflossningen erhöll en fri ände. Båda syntes vara nervtrådar och utgjordes möjligen af ryggmärg. Tre kotor voro defekta. Såret tillslöts med silkesuturer.

Barnet höls de tre första dagarna i lågläge (hufvudet nedåt). Strax efter operationen försvann rörligheten i vänstra benet, senare i båda armarna. Starkt fluktuerande framhvälfning af stora fontanellen. Denna minskades sedan småningom, och äfven rörligheten i armarne återkom. Såret läktes p. p. Pat. nttogs d. 29 aug.

I nov. 1891, tre månader senare, har under ärrer ett gåsäggstort recidiv uppträdt. Vänstra benet är lamt och ett par cm. förkortadt. Hydrocephalus.

## 50. HILDEBRAND. A. st., 1893, s. 521.

Gosse, 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> år gammal, med en kongenital, hönsäggstor tumör på ryggens medellinie i ländregionen. Kraftigt baru. På sista tiden rubbningar i rörelseförmågan. Den 2 juli 1892 hade jodkaliumlösning injicerats, hvarefter svulsten skall hafva minskats. Hudbetäckningen normal. Fluktuation. Spänningen ökades vid barnets krystningar o. s. v. Proc. spin. af 9:de bröstkotan kunde tydligt palperas, af 10:de otydligare och i stället för 11:te och 12:te kotornas proc. spin. kändes en smal defekt, genom hvilken tumören nästan fullständigt lät sig reponera. Detta liksom palpationen medförde smärta. Pat. kunde ej ligga på ryggen samt hade en osäker och vacklande gång. Ingen hydrocephalus. Slutna fontaneller.

Den 26 aug. 1892 operation. Snittet lades så öfver tumören, att äfven en smal, med denna i midten sammanvuxen hudstrimma aflägsnades. Huden afpreparerades, och säcken inciderades. Denna hade en glänsande inre yta, och i dess djup såg man ryggmärgen, från hvars midt en af pia beklädd fin sträng gick tvärs igenom meningocelensäcken och fäste sig på motsatta väggen. Strängen genomskars; inga nervelement däri. Excision af säcken; katgutsuturer å stumpeu. De på sidorna liggande musklerna hopsyddes öfver defekten med grof katgut, och såret tillslöts med djupa silkesuturer.

Den 9 sept. läkt. Går osäkert och klagar öfver smärtor i ryggen.

Sommaren 1893 frisk.

## 51. HILDEBRAND. A. st., 1893, s. 522.

*Meningocele.* Flicka, 7 veckor gammal, intogs den 23 febr. 1893. Medfödd cystisk, fistulös svulst i trakten af 3:dje ländkotan. Meningocele. Defekt i kotbågarna. Exstirpation. Utskrefs läkt den 5 mars 1893. Resultatet konstateradt i juli 1893.

52. MAYO ROBSON. Brit. med. journ. 1883, I, mars 24, s. 558. A new operation for spina bifida. Jfr Transactions of the Clinical Society, 1885, vol. XVIII, s. 210.

Barn, sex dagar gammalt, med en spina bifida lumbalis, stor som en tennisboll. Tumören hade tunna väggar, och var på sina ställen fullkomligt genomskinlig. Då barnet hostade spändes säcken. Förbindelsen mellan den och ryggradskanalen kunde palperas mera än 1 tum i längd och ett halft tum i bredd.

Operation d. 26 okt. 1882. Kloroformnarkos; hudsnitt och fridissekering af huden från meningerna; punktion. Cauda equina, som låg på botten af spinalkanalen, blottades fullständigt. Arachnoides serösa ytor suturerades så, att ryggradskanalen afstängdes. Periostet från lår- och pannbenet på en nyss dödad kanin lades med det osteogena lagret nedåtvändt öfver de tillslutna meningerna och suturerades vid kotbågarnas periost och benkanten. Hudsutur; protektivförband.

Ostörd läkning. Då barnet demonstrerades två månader efter operationen, var huden i lumbalregionen fullkomligt slät och visade endast

ärret efter tumören. Tre fjärdedels år därefter dog barnet af konvulsioner. Obduktion tilläts ej. Benbildning tycktes ej hafva inträdt, men en tjockare betäckning hade i alla händelser åstadkommits.

**53. MAYO ROBSON.** Transactions of the Clinical Society, a. st., s. 211. A series of cases of spina bifida, treated by plastic operation.

Flicka, 18 dagar gammal, klen och dåligt utvecklad. I lumbalregionen en spina bifida af en större apelsins storlek. Betäckningarna tunna och genomskinliga.

Operation d. 5 dec. 1882. Den betäckande membranen exciderades delvis; katgutsutur öfver spinalkanalens defekt, som mätte  $\frac{3}{4}$  tum i bredd och  $2\frac{1}{4}$  tum i längd. Af huden öfver lumbaltrakten uppdisserades två lambåer, som öfver meningerna förenades med silfversuturer. Tryckförband.

Barnet dog tredje dagens afton af asteni.

Obduktionen visade, att alla lumbal- och de två öfre sakralkotorna voro klufna. Såret i meningerna fullständigt, hudsåret i det närmaste läkt. Intet spår af meningitis. Ingen märkbar ökning eller minskning af cerebrospinal-vätskan.

**54. MAYO ROBSON.** A. st., 1885, s. 212.

Flicka, 16 år, intogs d. 4 nov. 1884. I lumbalregionen en spina bifida af ett barnhufvuds storlek. Tumören hade sista tiden tillvuxit. Betäckningarna tunna; en klar vätska framsipprade ur öfversta partiet. Intet symptom från hufvudet. Pes equinovarus.

Den 13 nov. aspiration. Sedan säcken tömts, kunde man känna öppningen i spinalkanal, som var stor nog att genomsläppa tre finger. Upprepade aspirationer under den följande tiden.

Den 11 dec. operation. Korsnitt och afpreparering af hudlambåer; incision och excision af säcken, hvars väggar icke innehöllo nerver. Säckens bas kommunicerade med spinalkanal. Silfversuturer; dränage.

Pat. utskrefs läkt d. 5 jan. 1885. I febr. månad var pat. fullkomligt frisk och bar en plåt af vulkanit öfver ärret.

**55. MAYO ROBSON.** A. st., 1885, s. 215.

Gosse, 7 veckor gammal, med en stor spina bifida i lumbalregionen, intogs d. 31 jan. 1885. Barnet klent och illa nutrieradt, hade stort hufvud med öppna fontaneller. Tumören mätte  $7\frac{1}{4}$  tum i omkrets. Betäckningarna mycket tunna och på fundus ulcererande.

Operation d. 5 febr. Hudsnitt, hvarvid säcken perforerades och cerebrospinal-vätska utraun. En meningeal lambå lades öfver öppningen i ryggradskanal och suturerades med katgut. Öppningen 1 tum lång och  $\frac{1}{2}$  tum bred. Silfversuturer å huden; dränage; karbol-syregasförband.

Tretton dagar efter operationen utskrefs barnet friskt men klent. En månad därefter konstaterades ett fast ärr. Huden i jämn nivå med omgifvande delar.

56. MAYO ROBSON. Brit. med. journ., 1886, s. 985. Spina bifida treated by excision.

Demonstration af ett tre månader gammalt barn, opereradt tre veckor förut för spina bifida lumbalis. Excision af säcken. Barnet friskt. Rörligheten normal. På tumörens plats ett fast ärr.

57. V. BERGMANN. Beilage z. Centralbl. f. Chir., 1885, s. 58.

*Meningocele.* Demonstration för kirurgkongressen af ett barn med ett rent meningocele på öfre korsbenskotorna. Efter exstirpation af den mer än knytnäfstora svulsten inträdde fullkomlig läkning.

58. DE RUYTER. Arch. f. klin. Chirurgie 1890 XL, s. 84. Schädel- und Rückgratsspalten.

*Myelocystocele + lipoma.* Gosse, 1 $\frac{1}{2}$  år gammal, intogs d. 27 okt. 1887. På vänstra delen af sakralregionen en kongenital, gåsäggstor, till formen helt sfärisk tumör. Barnet friskt och kraftigt. Svulsten hade under de sista veckorna tillvuxit. Hudbetäckningen normal och förskjutbar.

Operation d. 5 nov. 1887. Längdsnitt öfver tumören och trubbig löspreparering. Då man försökte nå stälken (lipom), utflöt en klar vätska från en cysta, som fortsatte sig in i den bredt gapande ryggmärgen. Kompression och till sist suturering.

De följande dagarna rikligt utflöde af cerebrospinal-vätska. Den 11 nov. död.

Obduktionen visade pneumonia lobularis pulmonis utriusque + meningitis levis vertebralis.

59. DE RUYTER. A. st., s. 86.

*Meningocele + lipoma.* Barn 1 år gammalt, intogs d. 22 aug. 1888. Midt öfver korsbenet en kongenital svulst, stor som ett äpple. Lindrig pes varus, i öfrigt normalt. Tumören växte synbarligen. Konsistensen mjuk och elastisk; huden intakt.

Operation d. 1 sept. 1888. Tvärsnitt och utskalning af lipomet dels trubbigt, dels med knif. Cerebrospinal-vätska framträngde, utan att någon cystavägg kunde upptäckas. Suture på utflödesöppningen; exstirpation af lipomet. Hudsuture.

På fjärde dagen utflöde af cerebrospinal-vätska.

Den 9 sept. död.

Obduktionen visade enteritis follicularis intestini tenuis; klar cerebrospinal-vätska; såret hade godt utseende; meningocele.

60. DE RUYTER. A. st., s. 86.

*Myelomeningocele + lipoma.* Barn  $\frac{1}{2}$  år gammalt, intogs d. 28 jan. 1889. Öfver korsbenet en kongenital, valnötstor tumör. Inga andra abnormiteter. Huden öfver tumören intakt. Tydlig fluktuation. Innehållet kunde till större delen reduceras. Tumören genomskinlig.

Punktion, elastisk ligatur och öppnande af säcken, som exciderades ofvanför ligaturen. Nedre sårvinkeln tamponerades; sutur å den öfre.

Den 9 mars död.

Obduktionen visade ett myelomeningocele, kompliceradt med lipom. En duplikatur af cystaväggen hade förbisetts vid operationen. Cystan utgjorde ändpunkten af ryggmärgen, som blifvit genomskuren.

61. DE RUYTER. A. st., s. 87.

*Myelomeningocele sacralis.* Barn, 2 månader gammalt, intogs d. 27 febr. 1889. I sakralregionen en plommonstor, kongenital tumör. Huden normal. Innehållet fluktuerande; kunde genom tryck nästan fullständigt reduceras.

Fridissekering af stjälsen; punktion; anläggande af elastisk ligatur; incision och excision samt sutur å öfre och tamponering af nedre sårvinkeln. En duplikatur af cystaväggen förbisågs.

Natten efter operationen död.

Dödsorsaken ej klar vid obduktionen. Undersökning af preparatet visade, att svulsten var ett myelomeningocele. Duplikaturen i cystaväggen utgjordes af ryggmärgens nedersta ände.

62. DE RUYTER. A. st., s. 90.

*Meningocele cervicalis + encephalocele.* Barn, 5 månader gammalt, intogs d. 22 maj 1888. På occiput en kongenital, gåsäggstor tumör med bred bas. Barnet normalt utveckladt. Tumören hade på sista tiden tilltagit i storlek. De öfre halskotorna kunde ej palperas. Vid svulstens öfre pol kändes i hufvudskålen en fördjupning, sammanfallande med fontanellen. Betäckningen normal utom på ett valnötstort område i öfversta partiet. Innehållet fluktuerande; kunde obetydligt komprimeras.

Operation d. 12 juli 1888. Basen frilades så långt som möjligt; punktion; elastisk ligatur; incision. Tumören bestod af två cystor, en större med tunna väggar, som räckte ned till halsen, och en mindre med tjocka väggar, sträckande sig upp på hufvudet. De inre ytorna voro beklädda med en glänsande membran. Såret suturerades i hela sin utsträckning.

Den 15 juli död.

Obduktionen visade meningitis spinalis purulenta. Tumören var sammansatt af ett meningocele cervicalis och ett encephalocele. Defekten fans i de tre öfre cervikalkotorna och öfvergick i foramen magnum. Dessutom fans en defekt i os occipitale.

63. DE RUYTER. A. st., s. 91.

*Meningocele.* Barn,  $\frac{1}{2}$  år gammalt, intogs den 17 sept. 1887. Tämlichen kraftigt barn, utan andra abnormiteter. Midt öfver sista lumbalkotan en kongenital tumör af ett dufäggs storlek. Fluktuation. Huden normal. Medels en lillfingertjock stjälk fortsatte sig tumören in i en defekt i sista ländkotan. Os sacrum normalt.

Operation d. 28 sept. 1887. Elastisk underbindning af stälken, sedan den fripreparerats. Klyfning af cystan, exstirpation ofvanför ligaturen; sutur på cystaväggen samt tamponad i hudsårets nedre vinkel.

Cystan var ett meningocèle, som endast innehöll cerebrospinalvätska. Efter fyra dagar utskrefs pat. med häftplåster på såret.

**64.** KAREWSKI. ALFR. HAYN. *Arch. f. Kinderheilkunde.*, 1893 bd 15, XVII, s. 385. Zur Diagnose und Therapie der Spina bifida.

Gosse, 3 månader gammal med en knytåfvestor svulst i lumbalregionen. Barnet mycket nerkommet. Dubbelsidig paralytisk klumpfot. Tumörens beklädnad mycket tunn och genomskinlig, på toppen ulcererande. Den visade tydlig fluktuation och lät sig komprimeras.

Operation d. 3 april 1887. Incision i säcken, på hvars inre yta man såg nerver förlöpa; sutur.

På sjunde dagen brusto suturerna, och cerebrospinalvätska började utflyta. Meningitis. Död på nionde dygnet. Ingen obduktion.

**65.** KAREWSKI. A. st., s. 386.

Flicka, 6 veckor gammal, med en valnötstor tumör på korsbenet. Barnet friskt och välskapadt. Inga förlamningar. Huden öfver tumören normal, betäckt med talrika teleangiektasier. Svulsten fluktuerande; minskades vid tryck. I botten kändes en bendefekt. Operation i juni 1888. Fripreparering af säcken, som tillsnördes och afkliptes; hud-sutur; jodoformgasförband.

Läkning p. p.

Fem och ett halft år efter operationen är flickan frisk och kraftig. Tumörens plats intages af fast ärrväfnad. Luckan i korsbenet kan ej palperas.

**66.** KAREWSKI. A. st., s. 386.

Gosse, fem veckor gammal. I regio lumbalis en vid basen insnörd tumör af ett mindre äpples storlek. Barnet svagt, men välskapadt. Inga förlamningar. Huden öfver tumören ärrigt förändrad. Tydlig fluktuation; minskning vid tryck, som framkallade oro hos barnet. I botten kändes en bendefekt.

Operation i april 1889. Hudsnitt, hvarvid säcken oafsiktligt öppnades. Trubbig fripreparation in till basen. För öfrigt på K:s typiska sätt.

Reaktionslös läkning, som konstaterades till slutet af 1891, då pat. undandros observation.

**67.** KAREWSKI. A. st., s. 386.

Barn, tre veckor gammalt, med en spina bifida lumbalis, stor som ett äpple. Inga förlamningar. Huden var på tumörens topp ärrigt förändrad, betäckt af talrika teleangiektasier och hotade brista.



Operation i sept. 1891. Säcken öppnades oafsiktligt genom hud-insnittet, och tämligen mycket cerebrospinal-vätska utflöt. Defekten i ryggradskanalen var af ett enmarksmynts storlek. I den underbundna och exstirperade delen af säcken kunde nervtrådar hvarken makro- eller mikroskopiskt påvisas

Förloppet reaktionslöst. Två år senare var barnet fullt friskt.

68. KAREWSKI. A. st., s. 386.

Barn, 8 dagar gammalt, intogs i okt. 1890 i mycket eländigt tillstånd med feber. I sakralregionen en tumör med alla en spina bifidas kännetecken. Huden ulcererad. Förflamning af båda benen samt incontinentia urinæ et alvi.

Säcken, som var fylld med var, klyfdes och spolades med jod-trichlorid. Inuti säcken funnos adherenta, breda nervmassor, som aflossades och försänktes; sutur på säcken och hopsnörning.

Förloppet utan särskild rubbning. Läkning, men utan inverkan på förflamningen. Allmänna tillståndet förbättrades betydligt, men en månad senare dog barnet af bronko-pnevmoni.

69. MUSCATELLO. Arch. f. klin. Chirurgie, 1894, XLVII, s. 222. Über die angeborenen Spalten des Schädels und der Wirbelsäule.

*Meningocele sacralis.* Flicka, 22 månader gammal. I medellinien af korsbenstrakten en äggformig, kongenital tumör med något insnörd stjälk. Huden däröfver tunn med några teleangiektatiska fläckar, på toppen ett glänsande ärr. Svulsten fluktuerande; minskas något vid tryck, hvilket framkallar oro hos barnet. Stjälkens öfre gräns ligger 1 cm lägre än cristæ il., den undre i jämnhöjd med fjärde for. sacral. En centimeterlång defekt, sannolikt i andra korsbensbågen, kännes genom stjälkens vägg. Barnet kraftigt och friskt.

Operation d. 3 aug. 1892. Två hudlambåer afprepareras; incision i säcken. En rad nervsträngar äro så fast sammanvuxna med väggen, att de ej kunna aflossas och reponeras. Säcken lösprepareras, hvarvid en beulucka, vid som en fingerände, frilägges; katgutsutur.

Läkning p. p. Motilitet och sensibilitet orubbade i nedre extremiteterna.

70. MUSCATELLO. A. st., s. 233.

*Myelocystomeningocele dorsalis.* Flicka, 22 dagar gammal. På ryggen i jämnhöjd med första bröstkotan en kongenital hönsäggstor svulst med bred bas. Hudbetäckningarna vid basen normala, mot spetsen tunnare, blåaktiga. Tumören genomskinlig, tydligt fluktuerande, förstoras vid barnets krystningar och låter genom tryck något reducera sig. Defekt i ryggraden kan ej palperas. Barnet välskapadt och vid godt bull.

Operation d. 26 maj 1893. Hudsnitt; fripreparering af den tämligen tunna stjälsen, som leder in till en median, sannolikt i fjärde bröstkotan belägen defekt; incision i säcken. Talrika bindväfssträngar

genomlöpa kaviteten i sagittal riktning till öppningen i ryggraden, där de förena sig med en liten stjätkad massa af hvit väfnad, till utseendet liknande ryggmärgssubstans, som ur kotdefekten intränger i cystan. Bindväfstråken skiljas från ryggmärgssubstansen (hvaraf ett litet stycke blir hängande vid trådarna), och denna reponeras i ryggradskanalen. Stjälken afklippes vid basen. Genom bendefekten kan knapt spetsen af ett finger intränga. Katgutsutnr.

Ostörd läkning. Inga motilitets- eller sensibilitetsrubbningsar. Fyra månader senare dog barnet af tyfus (?). Ingen obduktion.

#### 71. MUSCATELLO. A. st., s. 240.

*Myelocystocele ventralis*. Flicka, 3 dagar gammal. I lumbosakral-regionen en äpplestor svulst, börjande vid sista ländkotan och fästad med bred bas vid korsbenet. På toppen en rundad öppning, ledande in i tumörens inre. En bendefekt af 3 cm:s längd och 1½ cm:s bredd konstateras.

Svulsten extirperas vid basen med bildande af två hudlambåer; sutur.

Såret läktes p. p. Fjorton dagar därefter dog barnet.

#### 72. TRICOMI. MUSCATELLO. A. st., s. 228.

*Myelocystocele thoracica*. Flicka 2½ månad gammal. På ryggen i jämnhöjd med öfre bröstkotorna en hönsäggsstor svulst med bred bas. Hudbetäckningen vid basen normal, på toppen tunn och rödviolett. Föga genomskinlighet; otydlig fluktuation. Tryck på tumören framkallar oro hos barnet; vid dess krystningar spännes och vidgas svulsten. Ingen bendefekt kan palperas. Ingen annan missbildning.

Operation d. 2 maj 1892. Klyfning af huden och fripreparering af stjälken. Denna blir alt tunnare, tills den inträder i den 1 cm. vida luckan i benet, som befinner sig i vänstra hälften af 2:dra bröstkotan. Stjälken afknytes och afklippes; sutur.

Läkning p. p. Rörlighet och sensibilitet fullständiga.

73. HOFMOKL. Wien. med. Jahrb. 1878, IV, s. 443. Ref. i Schmidts Jahrb. 1881. Über das Wesen und die Behandlung der Spina bifida.

*Myeloccele*. Flicka, 1 dag gammal, med pes varus och prolapsus uteri. Lumbo-sakral tumör af en citrons storlek med tunna väggar och stjätkad bas.

Klyfning af säcken, som inuti bekläddes af ryggmärgshinnorna. Medulla spinalis baktill fastlödd vid säcken, som Brustit under förlösningen och börjat gangrenuera. Endast det gangrenösa partiet af säcken exciderades; ryggmärgen reponerades; sutur.

Död andra dagen efter operationen.

74. CHAMPIONIÈRE. BELLANGER. Traitement du spina-bifida. Thèse. Paris 1891, s. 73.

Barn, 3 veckor gammalt, ej synnerligen kraftigt, med en tumör af ett litet hönsäggs storlek på nedre delen af ryggraden. Tumören

svälde ut, då barnet skrek, var fluktuerande, men lät sig ej komprimera. På fjorton dagars tid hade den nästan fördubblats i storlek.

Operation den 12 sept. 1883, i bukläge. Punktion; fyra provisoriska ligaturer fixerade med klämmare; excision af säckens öfre parti och omedelbar suturering. I säckens nedre parti tycktes några duplikaturer innehålla nervelement. De öfversta afskuros, och de andra fridissekerades från meningerna, som sedan hopsyddes med 10 försänkta, fina katgutsuturer. Såret tillslöts medels 12 suturer på meningerna samt hudsutur. Förband af borlint med norsk tjära.

En månad efter operationen dog barnet.

**75. CHAMPIONIÈRE. BELLANGER. A. st., s. 75.**

Spädt barn med en apelsinstor tumör i dorsal- och lumbalregionen. Huden på tumörens öfre del intakt, på den nedre utspänd och genomskinlig samt på de laterala partierna förtjockad, ärrig och hårbevuxen. Då barnet skriker spännes svulsten.

Operation d. 23 aug. 1887. Kloroformnarkos. Hufvudet lågt. Incision. Säckens membrana propria fripreparerades så långt, att ett slags stjälk bildades. Incision i stor utsträckning. Öppningen i rygg-radskanalen tillslöts med katgutsuturer. Excision af säcken; hudsutur med fil de Florence; jodoformgasförband.

Barnet lades med hufvudet lågt de fyra första dagarna.

D. 7 sept. såret läkt.

Några månader efter operationen var barnet fullt friskt och kraftigt. Fjorton månader efter densamma död af bronchitis.

**76. DEMME. XX. Med. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitals in Bern. 1884. SCHMIDTs Jahrb., bd 202, s. 262.**

Flicka, 7 veckor gammal, af klen kropps-konstitution. Hönsäggstort myelomeningocele lumbalis, som minskades vid tryck. Operation enligt KOCHS metod (excision af ett ovalt hudstycke och sutur). Filum terminale var fästad vid säckens spets. Läkning. Död af interkurrerande bronchitis.

**77. PÉRIER. Revue de Chirurgie, 1887. Anförande i Académie de médecine. Excision d'un spina-bifida lombaire dans le canal rachidien de la portion herniée de la moëlle et de ses enveloppes chez un enfant de deux mois.**

Tumören tillväxte ständigt. Huden, förtunnad och utspänd, hotade att ulcerera. Tydlig kommunikation med ryggmärgskanalen.

Operation. En tjock tänjbar sträng utgick från ryggmärgskanalens inre och var medels ett seröst veck fästad vid säckens topp. Strängen skildes från sina adherenser och reponerades i spinalkanalen; sutur.

Tio dagar därefter läkningen fullständig. 34 dagar efter operationen hade ingen rubbning från nervsystemet visat sig.

**78. PÉRIER BELLANGER.** A. st. s. 80.

Flicka, två månader gammal, med en hönsäggstor, kougental tumör på högra sidan af os sacrum, inkräktande något på medellinien. Tumören mjuk och fluktuerande kunde genom tryck till en del reduceras. Skrik och krystningar framkallade spänning däri. När svulsten komprimerades, kunde man palpera en öppning i ryggradskanalen. Huden frisk och förskjutbar öfver tumören, som icke var genomskinlig. Inga förlamningar; ingen hydrocephalus.

Operation d. 13 jan. 1891. Incision. Säckén uppdissekerades in till stjälken; kedjeligatur; excision. Säckén var tom och hade mycket tjocka väggar.

Pat. ntskrefs läkt d. 26 jan. Några månader efter operationen började barnet atrofiera och dog innan kort.

**79. LEOPOLD.** *Centralbl. f. Gynäk.* 1888, n:r 50, s. 833. Demonstration i *Gyn. Gesellsch. zu Dresden*, 11 okt. 1888.

Barn, 11 dagar gammalt, opereradt för spina bifida. Öfver nedre läud- och öfre korsbenskotorna en äpplestor tumör, som redan före barnets födelse Brustit. Klyfning af säcken i dess öfversta parti. Cauda equina var finstråligt utbredd på väggens insida. De särskilda trådarna afpreparerades och reponerades i korsbenets mycket breda ränna. Säckväggarna recederades och suturerades. Vid demonstration, åtta dagar efter operationen, höll suturen.

**80. A. E. HOADLEY.** *The med. Standard* 1890, VII, s. 6. (*Chicago med. Soc. Transact. condensed*). Spina bifida.

Flicka, 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> månad gammal. I lumbosakraltrakten en stor, päronformig spina bifida, till större delen beklädd med normal hud och genomskinlig. Med tämligen stor säkerhet kunde afgöras, att defekten i ryggraden endast gälde os sacrum. Barnet friskt och väl nutrieradt.

Operation d. 30 aug., i knä-bröst-läge. Punktion. Inspektion af säckens inre. Filum terminale tillika med arachnoides och tre eller fyra nerver, förenade genom bindväf, voro fästade vid tumörens topp. Incisionen förlängdes nedom denna adherenta sträng, som frigjordes och reponerades i den öppna ränna, som här utgjorde ryggradskanalen. Rännan var full af cerebrospinal-vätska, som höjde och sänkte sig med hvarje andetag. På båda sidor gjordes incision genom den serösa membranen, en lambå uppdissekerades på hvardera sidan, och lambåerna suturerades öfver rännan med fortlöpaende sutur af fint silke. Det förtunnade partiet af betäckningarna bortkliptes, och af den fasta huden bildades två lambåer, som suturerades med silke. Läkning. Pat. hade sedan »altjämt» haft god hälsa.

**81. LUCIEN PIQUÉ.** *BELLANGER.* A. st. s. 78. *Jfr Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 1891. bd XVII.

Flicka, 15 dagar gammal, intogs d. 21 okt. 1890. En aflång tumör, fullkomligt sessil på ryggraden, intog hela lumbalregionen och

nedre partiet af sacrum. Tumörens betäckningar tunna och genomskinliga. På dess högsta punkt ett område, som saknade hud. Någon defekt kunde ej palperas. Tumören fluktuerade och tilltog i omfång vid barnets skrik men lät ej genom tryck reducera sig. Inga cerebrala fenomen. Barnet kraftigt och utan andra missbildningar. Ingen hydrocephalus.

Operation d. 23 okt. 1890. Cirkelsnitt på tumörens nedre del. Säckens midtelparti intogs af transparenta brider, som fäste sig vid dess topp. Dessa brider voro blaudade med hvita pärlemorglänsande, platta trådar, som i stort antal utgingo från området närmast defekten och förlöpte fritt inuti säcken samt ånyo fäste sig på det nämnda området och tillsammans med de centrala trådarna bildade ett oredigt nät. Dessa platta band och den cystösa beklädnad, på hvilken de fäste sig, fripreparerades. Defekten i ryggraden var 1 cm. bred, sträckte sig till hela lumbaldelen och förlängde sig ned till sacrum, på hvars bas den bildade en skarp inskärning af 1 cm:s längd. Det fria mellanrummet, som bildades af defekten, var utfyllt af en resistent membran, som hindrade tillträdet till ryggradskanalen.

Sedan alla trådar försänkts till den nivå, vid hvilken de fäste sig, lades sutur med fil de Florence. Jodoformgasförband.

Den 19 nov. utskrefs barnet läkt. Allmänna tillståndet tillfredsställande.

Då barnet i dec. 1890 visades i Soc. de Chir. iaktogs en betydlig tillökning i hufvudets omfång samt fullständig paraplegi. Tiden, då dessa förändringar börjat inträda, kunde ej utrönas.

**82. KIRMISSON.** Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. 1892, bd XVIII, s. 211. Discussion sur le traitement du spina-bifida.

Flicka, 15 dagar gammal, med en spina bifida lumbalis, alledes i medellinien. Tumören mätte 6 cm. i längd, 4 $\frac{1}{2}$  cm. i bredd och var beklädd med tunn, rödviolett hud. I midten ett granulerande och lindrigt suppurerande område.

Operation d. 28 dec. 1891. Excision af det granulerande området; öppnande af säcken. De nervelement, som innehölls däri reponerades i ryggradskanalen. Knutsutur af fil de Florence; jodoformkollodiiförband.

Förloppet reaktionsfritt. Läkning. En tid därefter fick barnet konvulsioner. Hydrocephalus började utbildas. Dog sedan. (Sem. méd. 1894. s. 465.)

**83. KIRMISSON.** Bullet. et mém. de la Soc. de Chir., vol. XII, s. 24. Ref. i Revue de Chir. 1886, s. 433. Meningocele sortant par l'extrémité inférieure du canal sacré.

Kvinna, 53 år gammal. Hade sedan födelsen en liten loberad tumör i jämnhöjd med högra klinkan. Till hennes 43:dje år hade den stått på samma punkt men började sedan tillväxa, särskildt vid menopausen. På sista tiden hade tillväxten skett hastigare, tils tumören

brast och uttömde en klar vätska. Tumören regelbundet sfärisk med öfver midten förtunnad, vid basen tjockare hud. Innehållet fluktuerade, och tumören lät sig ej reponera.

Profpunktion. Sedermera ny spontan ruptur.

Operation d. 28 okt. Utskalning. Tumören hade en stjälk, som gick ned till nedre änden af sakralkanalen, hvilken för öfrigt var normalt utbildad. Stjälken underbands, och såret läktes ostördt.

Undersökningen af preparatet visade en rymlig säck med fibrösa väggar, som fortsattes i en smal, ihålig stjälk med en hönsäggstor utvidgning, motsvarande os coccygis. I centrum låg en liten lipomatös tumör.

84. RICARD. Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. 1893, bd XIX, s. 198. Volumineux spina-bifida de la région lombaire, communicant avec le canal rachidien. Exstirpation. Guérison. (Rapport par M. PICQUÉ <sup>15/3.</sup>)

Flicka 25 år med en kongenital tumör i lumbal-regionen. Tumören hade småningom tillvuxit, tils den uppnått ungefär lika stor volum som bäckenet, hvarvid den var fästad. Huden i öfre partiet förtunnad, blåaktig och fläckvis ärrig, vid periferien normal och förskjutbar. Tydlig fluktuation. Tryck på tumören hade förr framkallat cerebrala rubbningar men åstadkom numera ingen verkan. För 10 år sedan punktion, hvar efter tumören åter fyllt sig inom 24 timmar.

Operation d. 21 april 1892. Incision och uppdissekering af hud-lambåer. Fripreparering från glutæus max. och lumbalaponevrosen. Friläggning af en membranös stjälk, kring hvilken man ser den ossösa mynningen, hvarigenom cystan kommunicerar med ryggradskanalen. Tumören liknade en stor ovarial-cysta. Klämmare lades på stjälken, hvarvid konvulsiviska ryckningar i nedre extremiteterna genast inträdde, och respirationen upphörde. Närvaron af nervelement i stjälken var sålunda tydlig. Klämmaren aftogs, cystan inciderades, och en massa klar vätska uttömdes. Ur öppningen i ryggradskanalen utgingo tjocka nervstammar, af hvilka somliga förgrenade sig i cystans vägg, andra bågformigt återvände in i ryggradskanalen. De förra afskuros, de senare bevarades. Väggens iure ytor skarificerades och förenades med katgutsuturer. Stumpen reponerades i öppningen, öfver hvilken grofva silkessuturer lades från kant till kant. Hudsutur; ingen dränage.

Efter 8 dagar var såret fullt läkt, men punktion måste tvänne gånger företagas till följd af vätskeansamling. Tio månader senare konstaterades fast och god läkning.

85. MONOD. Bullet. et mem. de la Soc. de Chir. 1893, bd XIX, s. 207. Traitement du spina-bifida.

Gosse, 5 dagar gammal, med spina bifida lumbo-sacralis af en liten apelsins storlek och form, intogs i nov. 1892. Tumören sessil och fluktuerande. Hudbetäckningen på sidorna normal, i midten starkt förtunnad. Prolapsus recti.

På sjätte dagen efter födelsen operation. Punktion. Incision. Säckens inre yta glatt och rödaktigt glänsande. I midten en liten öppning, förenande cystan med ryggradskanalen. Därifrån utgick en nervsträng, tjock som en blyertspenna, och fästade sig vid cystans högsta punkt. Denna nervsträng aflossades, och då den ej lät sig reponera, afklipptes den. Katgutsuturer å meningerna och å de från sidorna preparerade muskellambåerna; hudsutur med fil de Florence.

Läkning p. p. Barnet dog två månader senare till följd af ett lindrigt ingrepp, som under kloroformnarkos företagits mot prolapsen.

86. LAFITTE. Le Bourdeaux méd. 1878, VII année. n:r 13 & 14. Spina-bifida congénital opéré chez un enfant de 9 jours par ablation compl. de la tumeur o. s. v. Anf. efter GUIBBAUD: Des différens méthodes de traitement du spina-bifida. Thèse. Paris 1887. s. 104.

Gosse, född d. 20 dec. 1877, välskapad men klen. Vid början af lumbalregionen en tumör af en apelsins storlek, spänd och glänsande samt med bred bas. Punktion gjordes, men tumören fylde sig å nyo.

Operation d. 31 dec. 1877. Incision i säcken. Härvid afskuros på vardera sidan om ryggraden 6 eller 7 nervtrådar och därjämte en grof nervstam, som i nästan rät vinkel utgick från ryggraden. »Suture entortillée» med tillhjälp af sex kuappnålar; förband af kolloidum, guldslagarehinna och vadd.

Efter någon tid fick barnet hydrocephalus, hvilken dock småningom försvann. Ingen paralyti men persisterande pes varus på vänster sida konstaterades 9 månader efter operationen. För öfrigt fullt friskt.

87. JOHN KELLOCK BARTON. Lancet 1886, II. okt. 2, s. 626. Case of spina bifida successfully treated by operation.

Gosse, 2 veckor gammal, intogs d. 9 juli. I lumbalregionen en kongenital tumör af en half apelsins form och storlek, hvilken tillvuxit sedan födelsen. Öfre ytan ulcererande, sidorna af purpurröd färg. Otydlig fluktuation. Vid tryck minskning i omfånget.

Operation d. 10 juli. Det ulcererande midtelpartiet aflägsnades. Väggen var tjock, på insidan glatt och försedd med talrika små nerver, som förgrenade sig i det exciderade partiet. Sutur; jodoforpulver och sublimatgasförband.

Inga rubbningar i nervsystemet. Efter 10 dagar utskrefs barnet läkt. Nedre extremiteterna fullkomligt rörliga.

Barnet dog en tid därefter af konvulsioner.

88. OTTO THIERMANN. Ein Fall von Spina bifida. Dissert., München 1887. Aus der chirurgischen Poliklinik zu München.

Gosse, två dagar gammal. På korsbenet en tumör, två gånger så stor som barnets hufvud. Konsistensen slapp. Huden normal utom på ett ställe, där decubitus uppstått. Stjälken tjock; innehållet fluktuerande. Ingen påvisbar kommunikation med stora fontanellen. Barnet kraftigt och friskt med undantag af klumpfotsbildning å båda nedre extremiteterna.



Cirkelsnitt kring tumörens hals. Säcken fasthöls af en stark sträng, bestående utaf ett knippe kärl och nerver, med bindväfsartad interstitiel substans, utgående ur ryggradskanalen. Någon öppning i denna syntes ej. Nedanför stjälken, i riktning mot korsbenet sågs ett litet, hvitt, glänsande parti, som svagt pulserade, när barnet skrek. Säckens inre yta glatt. Strängen genomskars. Sutur på amputationsstumpen; ingen dränage; Listerförband.

Död af marasmus 14 dagar efter operationen.

Obduktionen visade cirkumskript meningit. Den mikroskopiska undersökningen af säckens vägg ådagalade, att denna bestod af vanlig hud och därunder fettväfnad samt en endotelartad inre beklädnad, hvilken endast saknades på ett ringa område i tumörens fundus. Tvärsnitt genom ryggmärgen visade dilatation af centralkanalen. Klyfningen i kotorna gällde sista lumbalkotan och 1:sta till 4:de sakralkotorna. Ryggmärgens undre nervpar hade genom denna öppning trädt ut ur can. spin. och sammanhängde intimt med säckens inre vägg, hvarifrån det löpte tillbaka till bråckporten. Nedre änden af ryggmärgen berördes ej af operationen. Conus medullaris var i närheten af kotdefekten trattformigt fördjupad. Fil. term. kunde ej påvisas.

Tumörens håla kommunicerade med subduralrummet, och dura mater fortsatte sig på säckens inre yta, så att väggen bildades af denna med ytterhuden tätt sammanvuxna membran. Pia mater tog ingen del i väggens bildande.

89. PRENGRUEBER. *Bullet. de la Soc. anat.* 1887. Anförande af REBOUL. Anf. efter BELLANGER a. st., s. 82. (Jfr *Revue de Chir.* 1887, s. 922.).

11 dagar gammalt barn. Spina bifida dorso-lumbalis. Tumören sessil, rundad, fluktuerande, reductibel, med ringa genomskinlighet. Inga paralyser; prolapsus recti.

Den 20 juli exstirpation af tumören. Död den 30 af meningitis. Suturen hade lagts, utan att man sökt sammanföra de serösa ytorna.

Caudæ eqvinæ nerver slutade i ett knippe och utbredde sig på insidan af meningerna och huden, som i medellinien bildat en duplikatur.

90. PRENGRUEBER. *Bullet et mém. de la Soc. de Chir.* 1892, bd XVIII, s. 211. Discussion sur le traitement du spina-bifida.

Med anledning af MONODS anförande af WALTHERS operation yttrade PRENGRUEBER, att äfven han exciderat en spina bifida cystica men ej fått prima reunio på grund däraf, att cerebrospinal-vätskan kontinuerligt sipprat fram mellan såröpparna. (Läkning?)

91. POPPERT. WIEBER. *Zur Casuistik der Spina bifida.* Dissert., Giessen 1889. Aus der pathol. Institut zu Giessen.

Barn, 6 månader gammalt, magert och affallet, intogs d. 30 aug. 1888. I jämnhöjd med 3:dje eller 4:de bröstkotan en äpplestor tumör på bred stjälk. Fontanellerna vida. Tumörens konsistens slapp; huden



veckig, delvis ärrig. Ingen fluktuation eller minskning för tryck. I stjärken kännes en fastare sträng, som fortsattes på djupet mellan 2 proc. spin. Ingen öppning i col. vertebr. kan palperas.

Operation d. 1 sept. 1888. Ligatur kring stjärken; incision och excision af säcken. Härvid genomsars en gråaktig sträng, af en tändstickas tjocklek och adherent till det ärriga stället af huden. Katgutsuturer; ingen dränage; jodoformförband.

På fjärde dagen började cerebrosinial-vätska framsippa mellan suturerna.

Den 10 sept. död.

Den exstirperade delen af svulsten visade sig innehålla en utstjälpning af duran, hvari förlöpte en sträng af ryggmärgssubstans. Yttersta delen af denna hade exstirperats.

Den pat. anat. diagnosen lydde på spina bifida dorsalis. Defekt i andra bröstkotans båge. Hydromyelus; myelomeningocele med central »Knocheinlagerung» (epifysen till 2:dra bröstkotans taggkott?), hydrocephalus internus.

92. E. T. HURD. Therapeutic gazette 1889, XIII, n:r 10, s. 660. The operative treatment of spina bifida.

Flicka, 7 månader gammal. I lumbo-sakral-regionen en tumör, betäckt med normal hnd. Tydlig fluktuation. Konsistensen mjuk och elastisk; formen rundad. Kommunikation med spinalkanalerna svår att påvisa. Inga säckensibla eller motoriska rubbningar. Inga andra kroppslyten.

Profpunktion och aspiration. Fyra månader senare hade tumören tilltagit så i storlek, att den betäckte hela sakralregionen.

Förnyad aspiration. Incision. Caudæ equinæ nerver utbredde sig på säckens inre yta. En öppning kändes i sista lumbalkotan. Ett betydligt stycke af säcken exciderades; katgutsuturer. Cerebrosinial-vätskan fortfor att i stor mängd utrinna.

Den 11 sept. Operation under eternarkos. Incision öfver hela tumören. Den glänsande säcken med sina dendritiskt förgrenade nerver och mediant liggande märg fridissekerades ned till inträdesstället i vertebralkanalerna. Katgutligatur omkring stjärken; excision af hela säcken; katgutsuturer å stjärkstumpen; hudsutur; kollodiiförband.

Läkning efter 16 dagar.

93. HELFERICH. J. WICHMAN. Spina bifida sacralis. Ein geheilter Fall. Dissert., Greifswald 1890.

Flicka, 11 månader gammal, intogs d. 10 april 1889. Öfver os sacrum en kongenital tumör, stor som ett barnhufvud. Någorlunda kraftigt barn. Tumören hade småningom tillvuxit, är spänd och genouskinlig. En tre finger tjock stjärk kan palperas. Huden förtauunad. Inga förlamningar.

Operation d. 12 april i bukläge. En hudlambå afpreparerades utan insnit i cystan, som frilades och utskalades men brast, hvarvid en klar, gul vätska sprutade ut. Stjärken utgick ur den föga utvidgade hiatus ossis sacri och bestod endast af dura. En enda nervsträng löpte

på inre väggens sida i riktning mot anus. Stjälken underbands dubbelt med katgut, och säcken exciderades. Hudlambåerna suturerades öfver stjälkstumpen. Dränage. Pat. fixerades i bukläge. Efter 14 dagar utskrefs barnet med enkelt protektivförband.

Enligt senare underrättelser tillståndet godt. Obetydlig svaghet i nedre extremiteterna.

94. COCKBURN. Americ. Journ. of med. sc. 1890, bd 100. II, s. 165. A case of spina bifida. Operation by excision. Recovery.

Gosse, 2 månader gammal, inkom d. 12 nov. 1889. Väl nntrieradt barn. Öfver os sacrum en kongenital tumör af 8 tums omfång, fullkomligt genomskinnlig. Hudbetäckningen tunn, röd och glänsande. Tryck på tumören framkallade inga nervösa symptom. Den kunde endast obetydligt reduceras.

Operation d. 14 nov. under till en början kloroform- sedan eter-narkos; incision; dissektion in till ryggraden, vid hvars nedre del ett fast, fibröst band fixerade tumören till sacrum. Stjälken skildes från detta band, som genomskars. Tumören utgick från en öppning i 1:sta sakralkotan, härrörande från ofullständig utveckling af bågarna och nästade  $2\frac{3}{4}$  tum i genomskärning. Stjälken fylde defekten fullständigt. Katgutligatur kring stjälken. Kollaps när ligaturen åtdrogs. Punktion. Incision i säcken. Cauda equina befans vara innesluten i ligaturen och med sin ände fästad vid säckens durala beklädnad. Ligaturen uppkliptes, och kollapssymptomen upphörde. Den kaudala änden, som utbredde sig solfjäderförmigt på säckens insida, fridissekerades. Stjälkens lumen hindrade reposition i ryggradskanalen, och  $\frac{3}{4}$  tum af cauda jämte den adherenta membranen måste excideras, hvarefter återstoden reponerades. Ny ligatur omkring stjälken. Inga symptom från nervsystemet. Säcken exciderades, och stumpen stjälpes in i ryggradskanalen. Såret tillslöts med djupa och ytliga katgutsuturer. Dränage.

Förloppet stördes af en interkurrent erysipelas. Såret läkt efter en månad.

April 1890. Pat. fullt återställd. Ingen hydrocephalus. Inga förlamningar.

95. W. W. KEEN. International Clinics. okt. 1891. Four congenital tumors of the head and spine, all submitted to operation. Klinisk föreläsning hållen vid The Jefferson medical college Hospital. Ref. i Centralbl. f. Chir. 1892, s. 597.

Flicka, sex år gammal, med en kongenital tumör öfver korsbenets midtlinje. Högersidig klumpfot och incontinentia urinæ. Tumören mätte fem tum i genomskärning och 2 tum i höjd. I dess inre kändes otydliga, benliknande ojämnheter, men dess konsistens var fast. Främre ytan af korsbenet normal.

Vid operationen lyckades man frilägga en stjälk af  $1\frac{1}{2}$  tums tjocklek och  $1\frac{1}{4}$  tums längd, hvilken stjälk innehöll ryggmärgshinnor och nervsträngar. Den genomskars lager för lager och hopsyddes omsorgsfullt.

Läkningen försiggick på 10 dagar, utan att spinala symptom visade sig. Sex dagar senare dog barnet af enteritis. Ingen obduktion.

96. W. W. KEEN. A. st. Ref. i Centralbl. f. Chir. a. st.

Barn, 4 månader gammalt. På mellersta halskotorua en tumör, 9 tum i omkrets, sessil med bred bas. Svulsten hade på sista tiden hastigt tillvuxit. Den var genomskinlig och spändes starkt, då barnet skrek.

Operation. Fripreparering in till stjälken och underbindning af denna; excision; sutur; kompressionsförband med skena.

Efter några dagar rikligt utflöde af cerebrospinal-vätska. Såret läktes efter en månad. En vecka senare afled pat. af tarmkatarr.

97. JESSOP. Brit. med. journ. 1883, I, 14 april, s. 719. (Anf. i Leeds and West Riding medico-chirurgical Society).

Demonstration af ett 6 veckor gammalt barn, hvilket tre veckor förut opererats för spina bifida vid lumbalregionens nedre del. Tumören hade varit genomskinlig och af en apelsins storlek. Ett elliptiskt stycke af tumörens öfversta del hade exciderats, hvarefter lambåer uppdissekerats omkring stjälken (enligt ROBSONS metod). Denna hade sedan afknutits med katgut, och återstoden afklipts. Säcken och huden hade blifvit omsorgsfullt suturerade.

98. HASSELMANN. Mittheilungen des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte III, 1883, 8, s. 142. Fälle von Spina bifida. Anf. efter MEINHARDT SCHMIDT, Schmidts Jahrb. 1884, bd 202.

Barn, 1 månad gammalt, med spina bifida. Klyfning af säcken. Aflossning af den tunna, inre membranen ända till närheten af den ärtstora kommunikationsöppningen. Förening af de fria ränderna medels katgutsutur; dränaage; hudsutur; karbolförband.

Efter 3 dagar död, sannolikt genom karbolförgiftning.

99. FRANZ BIRKHOLZ. Ein Fall von kongenitaler Sacralgeschwulst bei einem halbjährigen Kinde. Dissert, München 1885.

Gosse, 6 månader gammal, intogs d. 29 okt. 1884. Midt på korsbenet en klotrund, apelsinstor svulst, medels en bred stjälk fäst vid benet. Barnet väl utveckladt; inga andra bildningsfel. Hufvudet stort och pannbenet starkt frambuktadt. Tumören genomskinlig och fluktuerande. Spänningen ökades, då barnet skrek. Vid tryck minskades svulsten betydligt, medan huden i trakten af stora fontanelen framhållfdes något. Hudbetäckningen öfver nedre delen normal, mot toppen alt mera förtunnad. Stjälken upptill afgränsad i jämnhöjd med sista ländkotan, nertill med femte korsbenskotan. Defekt i ryggraden kan ej palperas. Inga cerebrala symptom.

Operation d. 30 okt. 1884. Ligatur kring basen. Incision. I botten under den åtsnörda ringen såg man den kvarvarande vätskan höja och sänka sig med respirationsrörelsen. Ryggmärgen sträckte sig utom

ligaturen, och inga gröfre nervtrådar kunde påvisas ofvanom sammansörningsstället; excision; sutur; Listerförband.

Under de följande dagarna rikligt utflöde af cerebrospinal-vätska. Den 9 nov. död.

Obduktionen visade en defekt i 5:te ländkotans båge och hela bakre omfånget af sakralkanalen. Dura mater öfvergick direkt i cystans vägg. Ryggmärgens nedersta ände räckte till defektens öfversta kant, ungefär i jämnhöjd med 1:sta korsbenskotan. Fil. term. och cauda equina saknades. Subaraknoidalväfnaden utfylld med var och blod, företrädesvis i nedersta dorsal- och hela lumbaldelen. Hydrocephalus internus.

**100.** GÖSCHEL. G. KLEIN. Zur Kasuistik der Spina bifida. Dissert., Nürnberg. 1885. Mittheil. aus der Städt. Krankenhaus zu Nürnberg.

Garfvaregesäll, 26 år. I lumbo-sakralregionen och ryggens midtel-linie, en kongenital tumör, stor som ett barnhufvud. Svulsten har, särskildt under de sista åren, tilltagit i storlek. Hudbetäckningarna normala. Tumören genomskinlig och fluktuerande. Då pat. ligger, minskas spänningen i svulsten något. Ömmar för äfven lindrigt tryck. Os sacrum är ej palpabelt; öfriga delar af col. vertebr. förete intet abnormt. Högra benet släpar vid gående. Sedan 11 år incontinentia alvi et urinæ. Sensibiliteten orubbad utom på ett mindre område af os coccygis.

Operation. Bukläge; narkos; punktion med trokar, hvarvid vätskan afgår i stråle. Incision. Hålan glatt och tom. Intet spår af nerver. Sutnrering öfver öppningen i can. spin. Hudpartierna afklippas och sutureras; sublimategasförband.

Efter 2 månader lemnade pat. sjukhuset med funktionen hos blåsa och rectum tämligen förbättrad.

I den exstirperade säcken kunde äfven vid mikroskopisk undersökning inga nerver påvisas. Dess inre beklädnad utgjordes af dura mater, hvaröfver låg ett normalt, delvis mycket fettrikt bindväfslager.

**101.** LANNELONGUE. GUIBBAUD. A. st.. s. 112.

Flicka, 9 år, intogs d. 27 maj 1886. I medellinien af regio sacralis en tumör af en knytnäfves storlek. Dess öfre parti motsvarar spinæ il. post. sup. Huden öfver tumören normal. Obetydlig fluktuation. Vid starkt tryck reduceras svulsten delvis, och symptom från nervsystemet framträda. Då tumören är reducerad, känner man i jämnhöjd med dess öfre kant på den linie, som förbinder proc. spin., en tydlig depression och en öppning, i hvilken spetsen af ett finger kan införas. Fullkomlig genomskinlighet. Allmänna tillståndet godt. Incontinentia alvi et urinæ. Inga rubbningar i nedre extremiteterna.

Operation d. 23 juni 1886. Kloroformnarkos; hudsnitt och fridissekering af säcken; punktion, hvarvid en klar, tunnflytande vätska uttömmes. Säckens inre yta gråaktig, kaviteten tom. Inga nervtrådar. Ett segment af säcken excideras; katgutsutur; hudsutur med fil de Florence; dränage, Listerförband.

Den 24 juni. Tumören har åter fyllt sig. De närmaste dagarna något utflöde af cerebrospinal-vätska.

Flickan utskrefs fullkomligt läkt d. 20 aug.

Den 7 maj 1887. Tumören är af ett hönsäggs storlek, innehåller ej längre någon vätska och kan ej reduceras. Förbindelsen med ryggmärgen således stängd. Under huden kännes ett rikligt fettlager och djupare ned hårda, fibrösa massor. Kittlingsreflexen uuder fotsulan utslocknad, patellarreflexen däremot förökad. Två runda ulcerationer med platta kanter och violett färg något under vaden å hvardera benet. Pes varus sin. håller på att utbilda sig. Incontinentia alvi et urinæ.

**102.** LÜCKE. SIEGERT. Ein Beitrag zur Therapie der Spina bifida. Dissert., Strassburg 1889.

Gosse, 7 månader, inkom d. 28 maj 1888. Väl nutrieradt barn. Stora fontanellen bred. I trakten af sista hals- och första bröstkotan en kongenital, något mer än valuötstor, klotformig tumör med bred stjälk. Tumören hade långsamt tillvuxit och flere gånger punkterats men åter fyllt sig; är genomskinlig, fluktuerande, betäckt med normal hud och låter sig något komprimeras. Kommunikation med hjärnan kan ej påvisas, och icke håller kan någon defekt i ryggraden palperas. Inga förlamningar.

Operation d. 7 juni 1889. Excision af säcken. Öppningen i ryggraden kan nu palperas. Den till säcken ledande kanalen underbindes; sutur. Läkning d. 14 juni 1888.

Ett år efter operationen konstateras fortfarande läkning.

**103.** H. H. CLUTTON. Lancet 1891, II, okt. 10, s. 803. Case of excision of a large spina bifida.

Ogift 24-årig kvinna med en kongenital svulst, 23 tum i omfång, på det ställe af ryggraden, där sista dorsalkotan artikulerar med os sacrum. Tumören hade alltjämt tillvuxit, var klotrund och fluktuerande. Minskades ej för tryck. Huden däröfver normal och på intet ställe adherent. Fullkomlig genomskinlighet. Pat. hade aldrig haft några paralytiska symptom.

Operation d. 18 aug. 1890. Eternarkos. Incision och inspektion. En öppning, 2 tum lång och  $\frac{1}{2}$  tum bred, ledde in i ryggradskanalen. Några obetydliga nervtrådar funnos omkring mynningen. Tumören aflägsnades, utom en obetydlig del, som sammanrykades, suturerades med katgut och fasttrycktes i öppningen; metallsuturer; dränage.

Under andra veckan efter operationen rikligt utflöde af cerebrospinal-vätska. I slutet af sept. var såret fullkomligt läkt. Tecken till retning från nervsystemet hade ingen gång förekommit.

Pat. gifte sig i mars 1891. Vid denna tidpunkt kunde defekten i ryggraden palperas vid basen af korsbenet. Huden öfver ärret fri och rörlig. Pat. hade blifvit relativt fet och försäkrade sig vara fullkomligt frisk.

**104.** ALFRED SWANN. J. STEWART. Brit. med. journ. 1891, I, febr. 21, s. 407. Excision of the sac in a case of spina bifida.

Ny födt barn med en spina bifida af ett hönsäggs storlek i lumbal-regionens nedre del. Barnet i öfrigt friskt och starkt. Tumörens öfre del membranös och halft genomskinlig. Defekten i benet ej stor. Tydlig stjälk. Hypospadiasis.

Operation. Narkos. Uppdissekering af hudlambåer. Ligatur af kromsyrekatgut omkring stjälsken; incision i säcken, som icke innehöll nerver; excision; sutur. Intet utflöde.

Läkning p. p.

**105.** IRA K. GARDNER. Philad. med. news, 1891, LVIII, maj 16, s. 546. Excision of spina bifida.

Flicka, 2 månader gammal, med en kongenital, hönsäggsstor tumör på ryggeus lumbaldel. Väl nutrierad. Enkel talipes equinus. Tumören sessil och huden däröfver normal, utom på ett område nära toppen, där den var tunn och missfärgad.

Den 24 maj 1886 punktion, som upprepades flere gånger under den följande tiden.

Operation d. 15 april 1887. Narkos. Incision och inspektion. Säcken innehöll hvarken ryggmärg eller större nervtrådar. Defekten i kotorna mycket liten. En hindväfssträng gick från tumörens spets till dess bas. Excision; suturering; karbolvaddsförband.

Stora mängder af cerebrospinalvätska utflöt oafbrutet efter operationen. Tredje dagen död.

**106.** CECI. Gaz. degl. ospit. 1891, 29 juli, nr 59. s. 562. (Meddelande från kliniken i Genova.) Idromeningocele della regione sacro-lombare. — Legatura elastica o. s. v.

Gosse, 5 månader gammal, inkom d. 6 nov. 1890. I sakralregionen en tumör 18 cm. i omkrets. Barnet i öfrigt friskt. Inga paralyser. Tumören genomskinlig. Tjock stjälk, omgifven af hypertrichosis. Adermi på öfre delen, epitelbeklädd zon kring basen. Svlsten tycktes utgå från de två nedersta lumbal- och de två öfre sakralkotorna.

Operation d. 24 nov. 1890. Bäckenhögläge. Ligatur. Sagittalt snitt. Inga nerver i kaviteten, som var beklädd med den pärlglänsande duran. Rynksutur af grof katgut på stjälsken; excision med kvarlemnande af två laterala meningealflikar, som suturerades; hudsutur.

Läkning per secundam. Utskrefs den 29 jan. 1891. Tre månader senare var pat. ännu recidivfri. Allmänna tillståndet godt.

**107.** WALTHER. Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. 1892, bd XVIII, s. 211. Spina-bifida de la région sacrée o. s. v. (Rapport par MONOD <sup>16</sup>/<sub>3</sub> 1892.)

Barn, 4 timmar gammalt, med en tumör sträckande sig från 1:sta sakralkotan till 1 cm. från anus, på båda sidor inkräktande på sätet.

Längd 12 cm. Fem cm. från basen slutade huden tvärt, och tumörens vägg utgjordes endast af en mycket tunn, genomskinlig membran.

Punktion. Afpreparering af hudlambåer. Incision och friläggning af säcken in till öppningen i ryggraden, som ej måtte mer än 2 mm. Ligatur och resektion af säcken; hudsutur med fil de Florence; kollodiiförband.

Läkning p. p. Fjorton dagar efter operationen var ärrer fast och solidt. Rörelse- och känsel förmåga normala.

Ännu sex månader senare var barnet vid fullkomligt god hälsa.

**108. PONCET. DURAND.** Gaz. hebdom. 1892, n:r 23, juni 4, s. 269. Ablation d'un énorme spina-bifida o. s. v.

Flicka, 20 månader gammal, intogs d. 19 mars 1892. I sakralregionen en päronformig, kongenital tumör, 52 cm. i omkrets. Ingen annan deformitet. Barnet friskt och mycket intelligent. Tumören hade punkterats men efter en månad åter fyllt sig. Resistent med tydlig fluktuation. Minskas ej vid tryck. Främre fontaneln kvarstår ännu. Rörelseförmåga och känsel normala.

Operation d. 29 mars 1892. Eternarkos, punktion; incision. Inga nervelement. Tumörens inre yta glatt och mycket kärlik. Mynningen i sakralkanalen, knapt två mm. stor, befann sig på nedre delen af sacrum och tillslöts medels tre knytsuturer af katgut.

Läkning efter 5 dagar. En månad senare ingångna underrättelser visa, att läkningen är definitiv.

**109. LEWIS MARSHALL.** Lancet 1893, I, s. 1192. A case of spina bifida in the cervical region.

Barn, 7 månader gammalt, med en stor, kongenital tumör, hvars stjälk syntes utgå mellan 6:te och 7:de halskotan, intogs d. 25 mars 1893. Tumören hade småningom tillvuxit. Den var genomskinlig, och dess betäckning utgjordes till större delen af en blårod, glänsande membran. Barnet dåligt nutrieradt. Hydrocephalus. Inga andra deformiteter.

Operation den 30 mars 1893. Klämmare lades kring stjärken och säcken exciderades. Dura mater suturerades med fortlöpande silkwormgutsutur och klämmaren aflägsnades; hudsutur.

Den 3 april död.

Fjärde halskotans båge defekt. Härifrån utgick en klotformig valnötstor bildning af ryggmärgssubstans, homogen i snittet, utan kanal eller hålighet. Ryggmärgen i öfrigt normal. Hydrocephalus externus et internus.

**110. THOMAS SINCLAIR.** Dublin journ. of med. sc. 1886, LXXXI, s. 199. A case of spina bifida treated by excision.

Flicka, 3 månader gammal, frisk och frodig, intogs den 18 sept. 1885. Midt öfver sista dorsal- och första lumbalkotan en kongenital



spina bifida af ett äggs storlek och form. Tumören hade tillvuxit och betäcktes af en tunn, genomskinlig membran. En ring af långt, tjockt hår omgaf öfvergångsstället till huden. Nära tumörens högsta punkt fans en fördjupning. I botten palperades två oregelbundna, hårda punkter, antagligen tvänne bågar af en rudimentär kota. Ingen förändring i tumörens spänning, då barnet skrek, och inga symptom vid tryck på densamma.

Den 19 sept. punktion. Tumören åter fylld efter två dygn. Den 21 sept. 1885 operation utan anestesi. Cirkelnitt kring tumören. En stark bindväfssträng sammanband fördjupningen nära toppen med basen och genomskars äfven. Ingen tydlig öppning in till ryggradskanalen. Återstoden af strängen fylde rummet mellan de rudimentära bågarna. Kompress med borsalva; förband.

Reaktionslöst förlopp. En månad efter operationen läkningen fullständig. Tre månader därefter ännu fullt frisk.

**111.** Z. H. EVANS. New-York med. journ. 1888, aug. 25 s. 205. Removal of a spina bifida with the knife.

Gosse, 6 år gammal, med en apelsinstor spina bifida, utgående från 2:dra och 3:dje lumbalkotorna. Klumpfot. Tumören hade bred bas och ömmade för tryck. Vid basen en liten öppning, hvarur ständigt var uttömdes.

Operation d. 17 april 1888. Incision och extirpation af tumören, som bestod af två säckar. Den vänstra innehöll ryggmärgshinnorna och hade en fin öppning, ledande in till defekten i col. vertebr., hvarigenom man såg ryggmärgen. Säckan till höger var fylld med små benfragment och nekrotisk väfnad. Sutur på meningerna; vaddförband.

Cerebrospinal-vätska utsipprade ständigt i omkring tre veckors tid, hvarefter utflödet aftog. Tre månader efter operationen var pat. återställd. Ryggen smärtfri och ej ömmande för tryck.

**112.** TRENDELENBURG. LINDEMANN. Spina bifida mit Berücksichtigung eines geheilten Falles. Dissert., Bonn 1889.

Gosse, 13 månader gammal, kraftigt bygd. I trakten af nedre ländkotorna en mer än hönsäggstor kongenital tumör, fluktuerande och betäckt af tunn genomskinlig, angiomatös hud. En defekt i ryggraden kunde palperas. Kontrakturer i höftlederna.

Operation d. 25 maj. Bukläge; narkos. Hudsnitt kring tumören; excision vid basen med kvarlämnande af en liten stjälk, som suturerades. Cerebrospinal-vätska utran i mängd. En hudlambå uppdissekerades på sidan om tumören och sköts öfver operationsstället samt suturerades.

På åttonde dagen efter operationen erysipelas, som fördröjde läkningen.

Den 20 juni läkt.

**113.** GIULIO CIUTI. Sperimentale. 1890, LXVII, juli 7, s. 3. Storia di un caso di spina bifida guarita con l'ecisione del sacco. Ref. i Virchow-Hirschs Jahrsbericht, 1890, II, s. 434.



Barn, 1 månad gammalt. Stort hydromeningocele. Exstirpation af säcken. Underbiudning i 4 afdelningar af den med ryggradskanalen kommunicerande stjälken. Noggrannaste antiseptik. Till större delen prima intentio. Läkning.

114. NETZEL. Förhandl. vid Svenska läkaresällskapets sammankomster år 1883, s. 18. Hydromyelocele och hydrocephalus hos ett foster.

Fullgånget gossebarn af 3187 gm:s vikt. Hufvudets diameter occipito-mentalis 13,5 cm., diameter occipito-frontalis 12 cm. diameter biparietalis 9 cm. Å fostrets rygg befans öfver lumbosakralregionen en rund blåsa af ett mindre äpples storlek. Då fostret föddes voro blåsans väggar slappa med fluktuerande innehåll; den del af betäckningarna, som bildade blåsans midt, var tunn och genomskinlig, endast vid basen af blåsan utgjordes de af hud, hvilken företrädesvis i det öfre segmentet var af normalt utseende och 2 — 3 cm. bred. Vid palpering af blåsans botten iaktogs defekt i underliggande kotor, i det deras bågar och proc. spinosi saknades.

Två dagar efter barnets födelse gjordes operation (d. 14/10 1882). Ett litet instick gjordes i den nedåt mest prominerande delen af svulsten, hvarigenom en serös vätska uttrann. Blåsans väggar hoplades därefter från sida till sida, så att dess inre ytor berörde hvarandra; med flere djupa suturer förenades motliggande väggar i nivå med ryggens yta, hvarefter ofvan liggande del af säcken bortkliptes. Därefter anlades några ytliga suturer och antiseptiskt förband. Operationen gjordes under borsyresprå.

Några dagar efter operationen var hudsåret läkt, men samtidigt började huden å operationsstället å nyo höja sig blåsformigt samt i stor utsträckning antaga en blårod färg. Blåsan blef sedermera dag efter dag större och mera spänd. Barnets temperatur var dagarna efter operationen ej obetydligt höjd (morgontemperaturen i allmänhet mellan 38° och 39°, aftontemperaturen emellan 39° och 40°) och dess allmänna tillstånd dåligt; likväl tog det bröstet, och någon artificiell näring behöfde ej gifvas.

Till följd af blåsans spänning gjordes 3 veckor efter barnets födelse en incision i den ursprungliga nedre sårvinkeln, och ett finare dränagerör inlades. Vid incisionen uttrann blott en obetydlig mängd serum. Vid förbandets anläggande fans dagarna efter operationen något var i dränagerörets mynning, men blåsan ökade sig ej vidare i storlek, och spänningen inom densamma minskades. Barnets allmänna tillstånd hade under tiden blifvit mycket förbättradt, temperaturen sjönk så småningom, så att den omkring 10 dagar efter den första operationen var i det närmaste normal. Under hela tiden hade barnet haft daglig öppning och urinering, dess tillstånd var nu tämligen godt. Det diade med begärlighet, blåsan minskades i storlek dag från dag, den kändes ej mera spänd, utan snarare af svamplik konsistens, och vid förbandets omläggande befans detsamma vanligtvis torrt och reut, hvareför dränageröret uttogs, hvarefter incisionssåret läktes inom några dagar.

Kort härefter observerades dock, att hufvudet småningom började tilltaga i omfång, i början mera omärkligt, sedermera raskare, så att det 2 månader efter barnets födelse hade vunnit en omkrets af omkring 51 cm. Barnets allmänna tillstånd försämrades, alteftersom hufvudet tillväxte. Det afmagrade, diade mindre gärna och måste slutligen födas med artificiell näring. Under hela tiden efter operationen sågs barnet aldrig röra de nedre extremiteterna, och äfven medels retningar genom djupa nålsting och dylikt sågos ej några reflexrörelser utlösas. Under den sista månaden egde samma förhållanden rum äfven med de öfre extremiteterna. Dessutom började pupillerna reagera trögt för ljus, och cornea befans i det närmaste okänslig vid beröring. För öfrigt inga märkbara hjärnsymptom. Barnet afled 3<sup>1/2</sup> månad gammalt.

Den af prof. WALLIS företagna postmortala undersökningen visade höggradig hydrocephalus internus, och hydromyelus, »säckens väggar utgjordes af ryggmärgens substans och dess hinnor samt säckens flytande innehåll af vätska, samlad i den utvidgade centralkanal.»

**115. LÖBKER.** Zur operativen Behandlung der Spina bifida und Cephalocele. Uppsats i P. VOGT: Mittheilungen aus der chir. Klinik zu Greifswald 1884. (Jfr WICHMANNs Dissert. 1890. Greifswald.)

Gosse, 5 dagar gammal, tämligen kraftig. I midten af lumbal-regionen en tumör, stor som ett hönsägg, tydligt fluktuerande. Betäckningarna mycket tunna; på toppen en liten decubitusfläck. Ingen öppning i kotbågarna kunde palperas.

Operation d. 5 juni 1883. Stjälken afsuördes med fem madrass-suturer. Tumören exstirperades, och sårkanten behandlades med thermocauterium. En smal springa i 2 kotbågar konstaterades. Jodoformgasförband.

På 13 dagar läkning. En fast, vulstig hudmassa stängde öppningen i ryggraden. På inre ytan af den exstirperade säcken låg ett fintrådigt nätverk af nerver, som delvis fritt framträdde. Här och där nedhängde en gröfre nervgren, som vid operationen blifvit afklipt.

**116. CZERNY. HENRY J. WOLFF.** Ein Beitrag zur Casuistik der Spina bifida. Dissert., Heidelberg 1884.

Gosse, tre månader gammal, intogs d. 23 nov. 1883. I nacken en kongenital, klotformig tumör af en knuten barnhands storlek. Tumören hade småningom tillvuxit. Nutritionstillståndet godt. Hufvudet ovanligt stort; fontanellerna abnormt vida. Hydrocephalus i ringare grad. Tumören, genomskinlig och fluktuerande, spändes starkt, då barnet skrek, samt lät genom tryck delvis reducera sig. Den var medels en fingertjock stjälk fästad vid öfre delen af ryggraden, i jämnhöjd med proc. spin. af mellersta halskotorna. Hudbeklädnaden i nedre hälften normal, på toppen förtunnad, ärrig och blårod.

Operation d. 27 nov. 1883. Afklänning af stälken med DUPUY-TRENS tarmisax. Sex madrass-suturer af tjock katgut, tillknötos öfver små protektiv-rullar ofvånför klämmaren; extirpation af cystan ofvånför

suturen; fortlöpande katgutsuturer å dura mater; hudsutur; klämmaren löstes; träullförband.

Cystan innehöll en större säck, fylld med klar, gul vätska och som bestod af hud och dura mater samt en araknoidalsäck, äfven innehållande vätska och medels några trådar sammanhängande med dural-säcken.

De följande dagarna rikligt utflöde af cerebrospinal-vätska.

Den 13 dec. död.

Obduktionen visade defekt i 4:de, 5:te och 6:te halskotan. Dura mater fortsatte sig ut i defekten och slutade i hudärret. En 6 mm. bred, med araknoidal-beklädnad försedd sträng gick från ryggmärgen bakåt och sammansmälte på djupet af meningocele-säcken med dess vägg. I den exstirperade cystans vägg kunde nervtrådar ej med säkerhet påvisas. Hydrocephalus. Abnorm utvidgning af ryggmärgens centralkanal utom i lumbaldelen.

**117. ROHMER. CLÉMENT:** Essai sur le traitement du spina-bifida. Thèse. Nancy 1888, s. 64.

Flicka, 3 månader gammal, intogs d. 8 maj 1886. Något ofvanför klinkvecket i medellinien en tumör af en stor knytnäfves omfång. Tydlig fluktuation. Vid tryck någon minskning i storleken samt skrik och rörelser i nedre extremiteterna. Tumören beklädd med en ljusröd, tämligen genomskinlig membran. På hvardera sidan om stjälsen kändes de upphöjda kanterna af ryggradens båda hälfter. Klinkorna förstörade och åtskilda.

Operation den 10 maj. Punktion. Tumören hade en mindre säck, som medels en öppning stod i förbindelse med ryggradskanalen. Sturnålar fördes genom tumörens bas, och eftersom det ofvanför liggande partiet afklipptes, lades suturer omkring nålarna. Listerförband Efter operationen upphäfd rörelse i de nedre extremiteterna. Under de följande dagarna konvulsionsanfall. Den 16 maj död. (Obduktionen visade, att tumören utgjordes af ett myelocystomeningocele.)

**118. WAGNER. SIEGERT.** Ein Beitrag zur Therapie der Spina bifida. Dissert., Strassburg 1889.

Gosse, 4 veckor gammal, inkom d. 10 april 1888. Nutritionen god. I trakten af mellersta lumbalkotorna en vid ryggraden fäst tumör af ett gåsäggs storlek. Fluktuation. Bred stjälk. Huden till största del normal; toppen bildas af epithelio-serosa och har en liten ulceration. Svulsten är genomskinlig och visar respiratoriska rörelser. I dess inre känns strängar. Den kan komprimeras till en mycket ringa volum, hvarvid barnet skriker. Fontanellerna och sagittalsuturen vida. Benen röras normalt men intaga vanligen intrauterin ställning. Ingen klumpfot. Defekt i ryggraden kan ej palperas.

Operation d. 12 april. Tarmklämmare kring stjälsen. Incision och uttömning af säcken; excision af epithelio-serosan; sutur; jodoform-gasförband.

Defekten låg i 3:dje ländkotan.

Den 22 april häftiga cerebralsymptom. Barnet uttogs. Död två dagar därefter i hemmet, förmodligen af meningitis.

**119.** A. CABOT. *Annals of surgery*, 1892, XVI, n:r 2, s. 121. Cases of operation in spina bifida o. s. v.

Flicka, 9 månader gammal, intogs d. 9 juli 1886. I sakro-lumbal-regionens mittellinie en kongenital tumör, dubbelt så stor som barnets knutna hand. Svlusten hade tillvuxit, var elastisk, genomskinlig, fluktuerande och hade tendens till stjälbildning. Huden normal, men förtunnad mot spetsen, på hvilken fanns ett litet ulcererande område. Benen paralytiska, höllos i något spastisk kontrakturställning. Incontinentia urinæ.

Operation d. 12 juli 1886. SPENCER WELLS klämmare anlades. Hudlambåer uppdissekerades, och tumören exciderades. Stumpen suturerades med katgut, huden med silke, och klämmaren aftogs. Defekten i ryggraden var liten. Säcken var delad i flere rum. Såret läktes per primam.

Maj 1892. Ryggen utan anmärkning. Benen kraftlösa. Inkontinensen kvarstod.

**120.** A. CABOT. A. st., 1892.

Flicka, 4 år gammal, intogs d. 26 nov. 1887. I lumbo-sakral-regionen en tumör,  $13\frac{1}{2}$  tum i omkrets. Allmänna tillståndet godt, utom att benen voro nästan förlamade. Rectum och blåsa fungerade normalt. Hufvudet något stort. Tumören hade på sista tiden tillvuxit, var något pedunkulerad, spänd och genomskinlig. Huden normal, på toppen något tunn, nästan ulcererande.

Operation d. 5 dec. 1887. Klämmare omkring stjälen. Ingen vätskeuttömning. Säcken kunde ej i sin helhet excideras; en ansenlig del af väggen närmast ryggraden måste kvarlemnas; silkessuturer.

På andra dagen obetydligt vätskeutflöde. Sjätte dagen död. Säcken hade flere rum. Åtskilliga nervsträngar förlöpte i dess vägg.

**121.** F. AHLFELD. *Deutsch. med. Wochenschr.* 1879, V, n:r 44, s. 570. Heilung einer Spina bifida durch ein neues Operationsverfahren.

Barn, 8 dagar gammalt. I lumbalregionen en tumör af ett medelmåttigt äpples storlek. Väl fostradt barn, utan förlamningar. Svlusten beklädd med en fin, genomskinlig membran. Defekten i ryggraden kunde ej palperas.

Operation d. 30 juli 1879. Tvänne hudveck upplyftes från den angränsande huden, så att svlustens stjälk sammantrycktes i längdriktning. Sex suturer lades genom hudveckan och tillknötos; punktion; ocklusionsförband.

D. 1 aug. Extirpation af säcken. Tryckförband.

D. 6 aug. Mortifikation af stjälkresterna. Läkning per secundam.  
D. 18 aug. är barnet friskt.

**122.** GRONER. The american Lancet 1888, n. f. XII, s. 284.  
Can the sac in spina bifida be successfully removed?

Gosse, 3 månader gammal, med en kongenital tumör å ryggradens cervikaldel. Säcken,  $3\frac{1}{4}$  tum i diameter, hade hastigt tillvuxit. Öppningen i ryggradskanalen genomsläpte ett finger.

Operation d. 28 juni 1888. Uppdissekering af biudväfven till stjälsen, som afknöts med katgut och afkliptes. Huden åtdrogs stadigt öfver stjälkresten.

Efter en vecka var såret läkt utom på ett ringa område i midten.

**123.** GRONER. New-York med. record 1892, bd 42, aug. 20, s. 214. Spina bifida; excision; recovery.

*Meningocele.* Barn, 7 månader gammalt, med ett knytnäfvastort, lumbalt meningocele, som småningom tillvuxit.

Operation d. 10 sept. 1890. Kloroformnarkos. Fripreparering af basen, som genomstacks med en ligatur, hvilken tillknöts; excision; betäckningarna tillslötos öfver stjälkstumpen. Läkning per secundam.

Två år därefter befann sig barnet vid god hälsa.

**124.** BECKMANN. SCHMIELAU. Ueber Spina bifida. Dissert., Würzburg 1889.

Gosse, född d. 12 januari 1888. Fötterna hängde orörliga i klumpfotsställning. Stjälskad cysta i regio cervicalis, alldeles i medellinien, strax under nacken. Stjälsen tycktes gå på djupet genom en öppning, som motsvarade proc. spin.

Operation 18 timmar efter födelsen. Ingen ryggmärgssubstans i någon duplikatur eller frambuktning af meningerna. Underbindning af stjälsen med katgut; excision.

Läkning? (Vidare underrättelser saknas.) Den pat.-anat. undersökningen af den exstirperade cystan visade, att det gälde en utstjälpning af dura — ett meningocele cervicalis. Duraväfnad fans öfverallt i säckväggen.

**125.** E. H. BRADFORD. Boston med. and surg. journ. 1891, CXXIV, n:r 14, s. 352. Two cases of spina bifida. (Jfr a. st. 1886, CXIV, s. 169.)

Barn, 5 månader gammalt, väl fostradt, med en fluktuerande genomskinnlig tumör i medellinien af cervikalregionens nedre del. Tumören förstordes icke, då barnet skrek, och minskades ej för tryck. Väggarna tunna, stjälsen liten.

En silfvertråd fördes subkutant rundt omkring stjälsen, utan att säcken öppnades. Härigenom bildades en rynksutur. Excision af säcken; sutur.

Efter 24 timmar vätskeafflöde, som sedan ökades. På fjärde dagen död.

**126.** ROB. T. HAYES. New-York med. record 1883, XXIII, s. 648. Spina bifida, a successful operation after the method of mr. ROBSON of Leeds, Engl.

Flicka, 9½ vecka gammal. Allmänna tillståndet godt. I nedre dorsalregionen en kongenital tumör, dubbelt så stor som ett hönsägg. Kompression hade användts men syntes påskynda tillväxten. Tydlig fluktuation.

Operation. Kloroformnarkos. Bukläge; punktion; incision, hvarvid påträffades en dubbel säck. Den yttre, som uttömts, stod icke i förbindelse med spinalkanalen. Under denna yttre säck låg meningocel-säcken, bildad genom en frambuktning af ryggmärgens hinnor. Punktion och incision i denna. Ryggmärgen syntes fullkomligt normal. På hvar-dera sidan syntes rötterna till två spinalnerver sluta tvärt vid inre ytan af säckens bas. Membranerna förenades med katgutsuturer och 20 små stycken friskt periosit från en kanin anbringades på deras yta. Hudsutur.

Såret läktes hastigt och fullständigt utom på en punkt, hvarifrån under några dagar rikligt utflöde af en klar serös vätska egde rum. På 10:de dagen slöt sig äfven denna öppning.

11 veckor efter operationen var patienten stark och frisk. Tumören, ungefär hälften så stor som förut, innehöll endast fettväfnad. Under denna väfnad, öfver öppningen i spinalkanalen, en betäckning, som kändes hårdare än huden. Svalsten ej känsligare än andra partier af huden. Tryck därpå framkallar ingen ökad spänning i fontanelen.

**127.** JULIUS DOLLINGER. Wien. med. Wochenschr. 1886, årg. 36, n:r 46. Die osteoplastische Operation der Hydrorrhachis. (Spina bifida.)

Flicka, 5 år gammal. Öfver korsbenet en tumör, mätande 36 cm. i omfång, med bred bas, hårdt spänd och genomskinlig. Tumören slappas vid tryck. Huden öfver högsta delen mycket förtunnad. Barnet kan knapt gå. Båda fötterna hafva klumpfotsställning. Spastisk kontraktur i vaderna och till en viss grad i knäna. Incontinentia alvi et urinæ. Upprepade punktioner, efter hvilka säcken snart åter fylde sig.

Operation d. 25 nov. 1885. Säcken klyfdes. Inre ytan glatt, utgörande fortsättning af dura mater. Kommunikationsöppningen med ryggradskanalen 1 cm. i genomskärning. Flere finare och gröfre nervsträngar utgingo från ryggmärgen och förgrenade sig i säckväggen. En del återvände i canal. spin., sedan de bildat en båge i säcken. Excision; nerverna genomskuros nära utträdesstället; dura mater suturerades. Stumpen löstes trubbigt från defektens kanter och drog sig därpå bastigt in i ryggradskanalen. Defekten låg i 5:te ländkotan, och säcken utgjordes af durans nedersta parti. Ett fettlager, som omgaf mynningen, bortpreparerades, och muskulaturen genomskars, hvarefter kotans rudimentära proc. spin. fripreparerades och genom-

mejslades till  $\frac{3}{4}$  af sin tjocklek samt infrakturerades och förenades i medellinien med suturer. Hudsutur; dränage.

Läkning. Spasmerna i nedre extremiteterna försvunno, och inkontinensen förbättrades.

D. 26 febr. demonstrerades barnet i Buda-Pests läkaresällskap.

128. W. SENENKO. S:t Petersb. med. Wochenschr. 1889, n. f., VI, 8, s. 69. Über Exstirpation des Sackes bei Meningo-myelocoele mit nachfolgender Osteoplastik. Föredrag vid 3:dje ryska läkarekongressen i S:t Petersburg 1889.

Gosse, 15 år, mycket försvagad genom upprepade förluster af cerebrospinal-vätska (fistel). Tumören var 32 cm. i diameter, och innehöll cauda equina. Öppningen i ryggraden befann sig i 1:sta och 2:dra korsbenskotan samt mätte 3 cm. Muskelatrofi i nedre extremiteterna; böjningskontraktur i knäna; incontinentia urinæ et alvi.

Svulsten utskalades jämte en del af hudbetäckningarna. På två fingersbredds afstånd medialt från synchondr. sacr.-iliaca lades tvänne längdsnitt öfver hela sacrum ända in till benet. Kotbågarnas rester och protuberantiæ post. lösmejslades, och de osteokutana lambåerna förskötos mot midten. Sutur i tre etager på benet, fascian och huden. Läkning per primam med undantag af en liten fistel i midten, hvilken slöt sig efter 2 månader. Oaktadt en del af cauda equina aflägsnades och sakralnerverna sårades, var resultatet tillfredsställande. Efter 4 månader hade en fast brygga bildats öfver bendefekten. Gossen kunde springa, och blåsa och rectum fungerade normalt.

129. A. A. BOBROFF. Centralbl. f. Chir. 1892, nr 22, s. 465. Ein neues osteoplastisches Verfahren bei Spina bifida.

*Myelomeningocele.* Gosse, 8 år gammal, med spina bifida sacralis. Säckens vid basen 5 cm. i omfång, reducerades vid tryck till hälften, hvarvid instälde sig smärtor och svindelanfall. Incontinentia urinæ et alvi.

Operation i oktober 1891. Säckens hudbetäckningar exciderades delvis. Flere nervsträngar från cauda equina och nedre änden af ryggmärgen, hvilka voro sammanvuxna med säckens inre yta, afkliptes och försänktes i ryggradskanalen. Öppningen utgjordes af den förstörade, i jämnhöjd med tredje sakralkotan liggande hiatus sacralis, och var så stor, att pekfingeret med lätthet inträngde. Sedan den membran, som på insidan beklädde säcken exstirperats, lades ett snitt längs randen af crista oss. ilei. Ett stycke af m. glut. max. afpreparerades från benet och sköts åt sidan. Från crista oss. il. afmejslades ett benstycke så, att den med periost betäckta lamellen lemnades i sammanhang med nutritionsstället på insidan. Denna benlamell drogs öfver defekten i kotorna på det sätt, att periostet vändes åt ryggradskanalen. Defektens rand uppfriskades, och benlamellen inpassades samt fästes med två bensuturer. Hudsutur; dränage.

Pat. höls första tiden i bukläge. Under flere dagar utflöde af cerebrospinal-vätska. Efter två månader, under hvilka pat. mest intagit



bukläge, hade fullständig konsolidation med os sacrum af det transplanterade benstycket inträdt. Ingen rörlighet kunde märkas däri.

**130.** PAUL BERGER. *Gazette des Hôpitaux* 1892, n:r 6, s. 50. Cure radicale d'un spina-bifida lombaire; greffe d'une plaque osseuse empruntée à l'omoplate d'un jeune lapin o. s. v.

Flicka, 7 månader gammal, med en spina bifida lumbalis. Paraplegi.

Tvåne hudlambåer uppdissekerades. Den serösa säcken öppnades, och en sträng, som tycktes utgöra förlängningen af ryggmärgen, frigjordes och reponerades i ryggradskanalen. En benlamell preparerades från scapulan af en ung kanin och inpassades i ryggradskanalen defekt. Det öfverskjutande partiet af meningerna exciderades, och stjälkens suturerades. Hudsutur.

Förloppet reaktionslöst. Ärret icke frambytt och mycket fast. Paraplegien kanske något ökad.

Fem månader senare fortfarande läkt. Den transplanterade benlamellen hade resorberats, men tycktes hafva tjänat till substrat för en fast väfnad. Ett år därefter dog pat. af bronchitis. (*Bullet. et mém. de la Soc. de Chir.* 1893, bd XIX, s. 212.)

**131.** BERGER. *Bullet. et mém. de la Soc. de Chir.* 1893, bd XIX, s. 212. Traitement du spina-bifida.

I diskussionen med anledning af MONODS föredrag upplyste BERGER, att han nyss (strax före d. 22 mars 1893) opererat ett barn om 3 till 4 månaders ålder. Men detta barn hade hastigt dött af shock efter operationen. (Han hade därvid exciderat allt hvad som var möjligt af cystans väggar, reponerat ryggmärgen och de nervtrådar, som utgingo därifrån, och slutligen hopsytt periostet öfver hålet. — *Revue de Chir.* 1893, n:r 5, s. 442.)

**132.** DUPLAY. *Le Bordeaux médical* 1878, n:r 13 & 14. Anf. efter CLÉMENT, a. st., s. XXVIII.

Nyfödt barn med lumbosakral spina bifida af en apelsins storlek. Tumören sessil; lät sig ej komprimeras; normal hud; inga andra lesioner. Excision. Nervelement konstaterade efter en explorativpunktion. Läkning.

**133.** FITCH. *Chicago med. journ. and exam.* 1880. Ref. i *New-York med. journ.*, bd XXXI. Anf. efter HILDEBRAND, a. st. 1893, s. 526.

Årsgammalt barn med spina bifida lumbalis, mätande resp. 2½ och 1½ tum. Excision af säcken. Läkning efter förlust af mycken cerebrospinal-vätska.

**134.** KÜSTER. *Berlin. klin. Wochenschr.* 1883, febr. 29, n:r 9, s. 135. Anförande i *Gesellsch. der Charitéärzte.*



Spina bifida sacralis. Excision af tumören jämte den omgifvande huden; spolning af såret med 5 % karbolsyrelösning; katgutsutur; jodoformkollodiiförband. Vid snittet i dura mater märktes ryckningar i båda sidornas extremiteter. Förloppet under läkningen godt. Sedan barnet var till utseendet fullt återställt inträdde plötsligt krampfall, hvarpå döden följde.

Vid obduktionen fans var i säcken, men K. tror dock ej, att infektion utifrån egt rum.

**135.** WILH. STEFFEN. Jahrb. f. Kinderkrankheiten 1890, XXXI, s. 428. Spina bifida. — Zweitheilung des Rückenmarkes. Hydro-myelie. Anf. eft. HILDEBRAND, a. st. 1893, s. 532.

Spina bifida lumbalis hos ett barn. Excision af större delen af säcken. Död.

**136.** ULLMANN. Wien. med. Wochenschr. 1890, n:r 27, s. 1153. Bericht vom 27 juni 1890. Gesellsch. der Ärzte in Wien.

Barn, 6 veckor gammalt, med en spina bifida. Hernia inguinalis duplex. Klumpföt å båda benen. Under operationen lades särskild vikt vid suturen. Svulsten var ett meningo-myelocele. Läkning efter 14 dagar. Vid demonstrationen, 3 månader efter ingreppet, höll en betydlig hydrocephalus på att utbildas.

**137—138.** SALZER omtalade i anslutning till ULLMANNs meddelande, a. st., att under de senaste 18 månaderna 2 fall af meningocele, anmärkningsvärda emedan de utvecklats sig i jämnhöjd med 2:dra och 3:dje bröstkotan, framgångsrikt opererats på II:a kirurgiska kliniken i Wien.

**139.** BAZY. Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. 1891, bd XVII. Discussion sur le traitement du spina-bifida.

B. rådfrågades angående ett spädt barn, som vid födelsen visade en liten »dépression rachidienne», men vägrade att operera det samma. Två månader senare hade utvecklats sig hos barnet en spina bifida och, fastän det därjämte hade fått hydrocephalus och paraplegi, opererades det dock för spina bifida. Hydrocephalus kvarstod, då barnet 3 veckor senare afled. (Läkning?)

**140.** POWERS. New-York. med. record 1892, juli 16. The treatment of spina bifida by excision. (Ref. Centralbl. f. Chir. 1893, n:r 6, s. 134.)

Kongenitalt lumbalt meningocele, som aflägsnades från en 35-årig patient. Under barndomen inga rubbningar. Först med 15:de året inställde sig ataktiska och paretiska tillstånd, hvilka fortforo till 20:de året. Ingen kommunikation egde rum med ryggradskanalen. Till en början syntes förbättring inträda, men senare utvecklade sig efter all sannolikhet hydromyelus.

141. TERRIER. Bull. et mèm. de la Soc. de Chir. 1892, bd XVIII, s. 211. Discussion sur le traitement du spina-bifida.

Barn med spina bifida och hydrocephalus. Säcken tycktes ej innehålla nervelement, hvarför excision ansågs indicerad. Operation. Sutur. Ständig afsöndring af cerebrospinalvätska. Efter 10 dagar dog barnet af marasmus.

142—147. FÉLIZET. Bull. et mèm. de la Soc. de Chir. 1893, bd XIX, s. 214. Traitement du spina-bifida.

F. har opererat 6 barn för spina bifida. I ett af dessa fall, där tumören befann sig på ryggen, gaf operationen godt resultat. Barnet läktes och är fortfarande friskt och kraftigt. Hos de öfriga fem (lumbal- och lumbo-sakral-regionen) utbildade sig mellan 5:te och 12:te månaden efter operationen hydrocephalus, som förde till dödlig utgång.

148. SCHÖNBORN. SIMON MARCUS. Ein Fall von Hydromeningocele reg. cervie. Dissert., Würzburg 1892.

Flicka, 8 månader gammal. I medellinien af cervico-dorsalregionen en knytnäfvastor tumör med kort, tjock stjälk. Svnsten lät sig ej komprimera. Hudbetäckningen kring basen normal, för öfrigt tunn och genomskinlig, något livid. På ett ställe en liten rufva. Fluktuation, men ingen pulsatorisk eller respiratorisk rörelse. Barnet svagt med klen kroppsbyggnad. Inga andra missbildningar.

Operation d.  $27/10$  91. Narkos. Cirkelsnitt och afpreparering af huden; tumören lossades med sax från omgifningarna, hvarvid den lederades, och en mängd klar vätska uttrann; friläggning af stälken och katgutligatur därå; excision; etagesutur. Barnet utskrefs d.  $15/11$  läkt. Enligt underrättelser fyra månader senare var det fullkomligt friskt.

149. PAUL SULZER. Ein Fall von Spina bifida mit Verdoppelung und Zweitheilung des Rückenmarks. Dissert., Heidelberg 1893.

*Myelomeningocele lumbosacralis.* Fyra dagar gammalt barn. Hönsäggstor, elastisk, sessil tumör, genomskinlig och på toppen delvis betäckt af blåsor, delvis af ärrväfnad. Osteogenesis imperfecta oss. capit. Hydrocephalus. Kraftig konstitution.

Operation d.  $17/5$  1890. Längdsnitt. Öppnande af subdural- och araknoidalrummen. Uttömning af serös vätska; excision; katgutsutur på meningerna; silfversutur på hudsåret.

Barnet dog en månad därefter under symptom af cerebrospinal retning.

## Tillägg.

Några dagar efter det denna afhandling inlemnats till Tidskriftens redaktion blef jag genom en kollegas, stadsläkaren d:r D. CARLSSONS, välvilja satt i tillfälle att själf utföra en operation för spina bifida.

Fredagen d. 9 nov. 1894 på eftermidd. hade i en banvaksstuga vid Göteborg-Hallandsbanan något mer än 2 mil från Varberg framföds ett barn med en missbildning på ryggen. Fadern rådfrågade följande dag järnvägens läkare, hvilken, såsom nämnt, genast godhetsfullt öfverlät fallet åt mig. Jag gjorde ofördröjligen ett besök på stället för att öfvertyga mig om missbildningens beskaffenhet, och då jag fann den vara ett typiskt *myelomeningocele*, föranstaltades om barnets omedelbara införande till Varbergs lasarett. Detta var så mycket angelägnare, som cystan vätskade sig, och dess area redan var ganska mycket belagd.

Pat. var ett krent och spensligt flickebarn som vägde 2,6 kilo. Hon hade inga andra missbildningar, och sådana sades ej häller hafva förekommit i släkten. Från inre organ märktes intet abnormt; temperatur och pulsfrekvens voro normala. Inga konvulsioner eller andra symptom från nervsystemet hade visat sig.

I regio lumbo-sacralis fans en bredt sessil tumör af omkring en half persikas storlek och form. Cystan mätte i längd 6,4 och i bredd 5,8 cm., höjden var omkr. 2 cm. Största bågomfånget i vertikal riktning utgjorde 7,8 och i horisontal något mera än 8,5 cm. Vid födelsen hade svulsten varit mindre spänd, än då dessa mått togos, och den fylde sig ytterligare något natten före operationen. Då barnet lyftes från sidoläge till upprätt ställning, visade cystan någon benägenhet att falla öfver åt det kaudala hållet. Den spändes tämligen starkt, då barnet skrek, men slappades icke då det höls framstupa. Kompressionsförsök — i diagnostiskt syfte — kunde på grund af betäckningarnas ytterliga tunnhet icke utföras. Inga med puls eller andning öfverensstämmande rörelser märktes i cystan. Betäckningen visade tre tydligt skilda zoner. Kring basen löpte ett, 1—1½ cm. bredt bälte af tämligen normal, något rosafärgad hud. På den angränsande huden fans, starkast framträdande till höger om svulsten, en lokal hypertrichosis, bestående af blonda mot medellinien riktade, svagt krusiga bår. Zona dermatica öfvergick med tämligen skarpt markerad gräns i zona epithelioserosa, som i form af ett par ovalt lansettlika, hinuartade partier af gråaktigt utseende, inneslöt area medullovasculosa. Denna var i förhållande till cystans omfång mycket stor, bildade öfver dess kullrigaste, mellersta hälft ett ovalt fält och hade längs midten en grund men tydligt skönjbar fära, som upptill slutade i en skarpt markerad polgrop. Rygg-

märgsresterna, som liknade ett par skifligt utbredda plattor, förlöpte symmetriskt längs medellinien och hade ett till färgen rödaktigt, delvis granulerande och lätt blödande, delvis genom difteritisk beläggning gulgrått utseende. Den typiska anordningen af elementerna å area i transversela banor kunde äfven utan lufpförstoring här och där iakttagas. Nedre polgropen hade så tjock exsudatbeläggning, att den als icke framträdde. Ytan å area fuktades ständigt af cerebrospinalvätska, som droppvis framsipprade genom en, sedan barnets födelse bestående, hårfin fistel. Cystan var endast delvis genomskinlig. Innehållet utgjordes af en tämligen mörkt blodfärgad vätska, som äfven till en del syntes hafva inträngt i cystans väggar. Troligen härrörde detta blod från blödningar inuti cystan under partus, och det hindrade konstaterandet före operationen af nervelements när- eller frånvaro.

Barnet hade sedan födelsen endast högst obetydligt, om ens något, rört på de nedre extremiteterna. Flexionen i höftleden var däremot tydlig och jämförelsevis kraftig. Sensibiliteten i de nedre extremiteterna tycktes vara i högsta grad nedsatt; pat. reagerade ej för ganska djupa nålstygn å fötterna, vaderna och nedre delen af låren. Urinen afgick på normalt sätt, men en påtaglig incontinentia alvi förefans. Vecken kring analmyrningen stodo också slappa och oelastiska.

Hufvudskålens form normal; ingen abnorm spänning af stora fontaneln.

Efter intagningen på lasarettet lades, sedan area så mycket som möjligt desinfekterats, ett antiseptiskt, fuktigt förband öfver cystan. Tidigt på morgonen före operationen aflägsnades med pincett en del af beläggningarna å area, och ett nytt fuktigt förband anlades.

Följande dags f.m. (d. <sup>11</sup>/<sub>11</sub> 94) företogs under kloroformnarkos å det nu 40 timmar gamla barnet operation enligt prof. BERGs ofvan beskrifna metod. Några trådlika nervsträngar, förlöpande i transversel riktning från zona epithelioserosa ned mot den nu palpabla defekten i ryggkotorna, anträffades i cystans inre. Till följd af den starka blödning, som egt rum inuti cystan, kunde förhållandena där ej närmare skärskådas, ej ens sedan flere blodkoagler framskaffats därur. Blödningen under operationen var äfven jämförelsevis rätt betydlig, men stillades genom kompression, utan att underbindningar behöfde göras. Sedan area försänkts i den öppna ryggradsrännan, konstaterades, att defekten gälde de tre nedersta lumbal- och den öfversta sakralkotan. Till följd af den ringa bredd, zona dermatica hade, i förhållande till cystans storlek, blef vid sutureringen, som omväxlande gjordes med silkwormgut och finaste silke — meningerna suturerades ej — spänningen i huden ganska stark. Men på grund af barnets kläna allmänna tillstånd ansåg jag det ej rådligt att göra några incisioner i lumbalregionen. Inga rubbningar från nervsystemet förekommo under eller efter ingreppet. Sterilt vaddförband anlades, och pat. bibehöls i mag-sidoläge med hufvudet lågt. Hon tog bröstet några gånger under dagens lopp men diade obetydligt och sof nästan oafbrutet, sedan hon en kort stund efter narkosen varit vaken. Aftontemp. 37,1.

D. <sup>12</sup>/<sub>11</sub>. Temp. 37,2—37,8. Icterus neonatorum visar sig. Diar kraftigt.

D. 13/11. Temp. 37—38. Trots sorgfälligt vaksamhet å sjukvårdspersonalens sida befans förbandet genomdränkt af urin. Vid ombytet var såret reaktionsfritt.

D. 14/11. Temp. 36,9—36,5. Tillståndet oförändradt.

D. 15/11. En sutur har skurit igenom och måste aflägsnas. I suturkanalen visar sig en droppe cerebrospinal-vätska. Temperatur 36,8—37,5.

D. 16/11. Det har flere gånger iakttagits, att någon aktiv rörlighet fins i högra benets knä- och fotled. Temp. 37,4—37,1.

D. 18/11. Suturena, som delvis skurit igenom, aflägsnas. Tecken till recidiv in loco börja visa sig. En strimma i midten, af en half cm:s bredd, granulerar. Upptill och nedtill är epidermisbeklädnaden fullständig.

En tid kvarstod en hårfin cerebrospinalfistel, som dock efter hand slöt sig. Barnet stannade på lasarettet till d. 8 dec. och under tiden läktes såret fullständigt, så att hel och slät epidermis bekläde cystan. Pat. hade d. 19 nov. fått ett morbilliexantem och efter detta en svår coryza, åtföljd af en mycket allvarsam bronkit. Hon hade dock, när hon utskrefs, ganska goda krafter, vägde 4,2 kilo och hade upprepade gånger visat, att rörelseförmåga — om än svag — förefans i hela högra benet. Inkontinensen kvarstod emellertid oförändrad.

Först d. 17 januari detta år återsåg jag patienten. Hon hade tyvärr redan fullt utbildad hydrocephalus. Inkontinensen var däremot försvunnen.



## Lidt Nyrekirurgi,

meddelt i det medicinske Selskab i København d. 19 Februar 1895.

Af

Prof. FR. HOWITZ.

Det er kun rene Bagateller, jeg i Aften skal have den Ære at meddele Dem, nemlig dels om en forbedret Teknik ved Nefropexien, dels et mærkeligt Tilfælde af Hydronefrose.

Hvad Nefropexien angår, så kunde det være i høj Grad fristende for mig at gå nærmere ind på hele Patologien af den bevægelige Nyre, da jeg vist nok er den første her hjemme, der har observeret denne Abnormitet, nemlig i nogle og tretti År. Flere Hundreder af Tilfælde have været under min Behandling, og jeg har haft Lejlighed til at gøre Nefropexi ret mange Gange. Her skal jeg imidlertid kun anføre for Dem en Forandring og, som jeg håber, en Forbedring i Tekniken.

I Begyndelsen fulgte jeg nøjagtigt den af andre Operatører angivne Metode og banede mig ved SIMONS klassiske Smit Vej ind til Nyren. Gennem Huden, m. latiss. dorsi og Skeden af m. sacrolumbalis, holdende Musklen selv indad, og gennem m. quadr. lumb. kom jeg til det fibrøse Blad af peritonæum, og, efter at have spaltet dette, var jeg inde på Nyrens Fedtkapsel. Denne skrälledes bort i en vis Udstrækning, Nyren blev holdt til Såret dels ved en Assistents Hånd på Underlivet, dels ved at sætte en lille skarp Hage i selve Nyren.

Derpå afskrälledes Nyrens fibrøse Kapsel i en Fladeudstrækning af omtrent 1 Kvadrattomme på den bagtil og udad vendte Del. Nu fæstedes Nyren på følgende Måde: Der lagdes i Regelen 3 Suturer gennem Nyrens Væv, Nålen blev stukken

ind omtr.  $\frac{1}{2}$  Cm. fra Randen af den blottede Flade, gennem Kapsel og Nyrevæv, ud på den anden Side i samme Afstand fra den blottede Flade. Der anvendtes fine, let krummede Nåle med Spids, uden skærende Rande; Suturmaterialet har i de senere År altid været Fishgnt. Når alle Nyresuturerne vare lagte, toges de fine Sturnåle bort og erstattedes ved stærke, skærende Nåle, der førte Tråden gennem alle Bløddelene, Muskler og Fascier ud gennem Huden. Incisionssåret lukkedes ved nogle Fishgutsuturer, på en lille Åbning nær i Midten, helt ind til Nyren, hvor der lagdes enten et Drän eller en Strimmel Jodoformgaze.

Grunden til den omtalte Skiften af Nåle var følgende: Den fine, ikke skærende Nål läderer mindre det skøre Nyreväv end en större, skærende, og der er den Fordel ved først at lægge Suturerne gennem Nyren, at man både bedre kommer til, mindre risikerer större Udrivninger og mindre udsættes for Infektion fra Huden af, end om man førte den for at tränge gennem de store Bløddele meget stærke Nål udvendig fra indad.

Under Operationen ligger Pat. helt over på den den löse Nyre modsatte Side. Efter Operationen ligger Pat. halvt om på Siden; 3de og 4de Dag udtages Dränet eller Mächen, 14 Dage efter fjärnes Suturerne gennem Bløddelene og omtr. 3 Uger efter Suturerne gennem Nyren. I Slutningen af 4de Uge kommer Pat. op.

Nyren holdt sig, så vidt jeg ved, hos alle mine opererede godt fästet til det Sted, hvor den var syet til, altså til den bageste Del af Bugens Sideväg; men der viste sig i Tidens Løb, ja undertiden ret snart, flere Ulämper, som til en vis Grad eluderede Operationens Resultat. — Lidt efter lidt trak Nyren Bugväggen med sig, og når Pat. enten stod op eller lå på den modsatte Side, så man, hvorledes der fandt en stor Indtrækning Sted af Arret, og Nyren lod sig skubbe nästen lige så langt indad og nedad som för Operationen, navnlig hos Fruentimmer med slap Bugväg (multiparæ). I enkelte Tilfælde fandt tillige en anden, en ny Deviation Sted, navnlig ved Hoste eller anden nedad trängende Bevægelse. Man så da Nyren tränge helt frem som en Svulst ved Randen af m. sacrolumb., däcket af de udspilede Bløddele. Det var nästen en fuldständig Ektopi, i det Nyren vel beholdt sin Tilhäftning, nemlig til Skeden af m. sacrolumb. og til Musklen selv, men rullede



sig om denne Tilhæftning som om et Hypomoklion. Ingen Bandage kunde holde en sådan Nyre, og Dislokationen har været så generende, at man måtte gentage Operationen.

Det galdt derfor at fæste Nyren til et Sted, der selv var ubevægeligt og ikke kunde give efter for Nyrens Træk. Et sådant Sted mente man at have fundet i 12te Ribben; men af flere Grunde har jeg ikke fundet denne Metode at være fuldt ud hensigtssvarende. — Det nederste Ribben har nemlig selv en vis Bevægelighed og gør normalt sin Bevægelse under Respirationen og i det hele ved Bevægelser af Brystkassen. Vel vilde Nyrens Træk, når den var fæstet til Ribbenet, ikke strax synes at være stærkt; men det er jævnt og kontinuerende. Og der vil komme en Gentagelse af Dislokationen i Lighed med, hvad vi have fundet, når Nyren var fæstet til Bugvæggen alene. Tillige vil der kunne finde en uheldig Fortrækning Sted af nederste Ribben. Endelig er der nogen teknisk Vanskelighed ved at fixere Nyren til Ribbenet, hvis Flade er noget for lille til en god Fixation, og man kan ved denne Operation komme til at lādere pleura.

En Fixering af den mobile Nyre til processus transversus lumb. forekommer mig derimod at have ubestridelige Fortrin; den er teknisk let, og Nyren får herved et urokkeligt Sted, der ikke tillader Ekursioner, men holder Nyren fast der, hvor den en Gung er fixeret. Man går frem på den oven anførte Måde og fixerer så Nyren med 2—3 fine Fishgut til en to proc. transv., i Regelen til 3dje, der jo er noget større. Tråden føres ind under Periost og derfra ud gennem Bløddelene. — Som Exempler på denne Operation skal jeg kortelig meddele følgende 6 Tilfælde:

1. Fru St., 35 År gl., indkom den  $25/3$  93. 4 partus. Symptomerne på bevægelig Nyre i 3 År. Hun ved ingen nærmere Årsag at angive. I Avgust 92 stærkere Nyretilfælde (lignende en intermitterende Hydronefrose); dette gentog sig, men meget stærkere, Februar 93. — Meget forskydelig højre Nyre, næppe svullen; Urin normal. — D. 27 Marts Nefropexi. Åternarkose, Incision som ovenfor beskrevet; med 2 Fishgut fixeredes Nyren til proc. transv. af 2det og 3dje vert. lumb. — Afebrilt Forløb.

2. A. P., ugift, 40 År gl. I 3 År er den nuværende Lidelse iagttagen; den opstod efter Pat:s Mening efter en Forløftelse. Hun har stærke Anfald af Smerte, hvorunder hun angiver, at Urinmængden aftager betydeligt for efter Aufaldet at tiltage stærkt (hydronephrosis

intermittens). Aldrig Blod eller Grus i Urinen. Höjre Nyre meget mobil.

D.  $\frac{30}{4}$  93 gjordes under Kloroform-æternarkose Nefropexi på sædvanlig Måde; 3 Fishgut gennem Nyren og til Periost af proc. transv. af 2den og 3dje vertebra lumb. — Reaktionsløst Forløb.

3. D., 40 År gl., ugift, indkom d.  $\frac{28}{1}$  94. I 2 År Tilfælde af bevægelig højre Nyre. Der er en Fremhælvning af højre Hypokondrium og nedad, indad mod Navlen, og her føles en stor, fast Svulst korresponderende med Tryk ind i højre Lænd. Urinen normal.

I Kloroform-æternarkose d.  $\frac{15}{2}$  94 Nefropexi. Lang Lumbarcision; da jeg var kommen ind på Nyrens Fedtkapsel, opdagede jeg, at en stor Del af den folte Svulst var en Lap af en Snørelever, der lå ned foran og dækkede den forskudte Nyre, som var af normal Størrelse. To Fishgut fæstede Nyren til proc. transv. af 2den vert. lumb. — Reaktionsløst Forløb.

4. H. C., 42 År gl., tidligere ovariotomeret af mig for en stor Ovariesvulst, har i 7 Måneder haft Tilfælde af bevægelig højre Nyre. D.  $\frac{18}{5}$  94 Nefropexi i Äternarkose. Da man var kommen ind gennem m. quadratus, sås en Fascie, og foran denne så man et fast, mørkt viscus bevæge sig op og ned under Respirationen; tillige kunde man tydeligt se noget Fedt bevæge sig bag viscus. Vi ventede nu ved Spaltningen af Fascien at træffe den extraperitonæale Nyre med Fedtkapsel og bleve ubehageligt overraskede ved strax at være inde i peritonæums Hulhed, hvor en Leverlap strax lignede en bevægelig Nyre. Såret i peritonæum syedes sammen, og vi dissekerede os ind længere nede bag peritonæum, fattede Nyren med en Krog og syede den som sædvanligt til proc. transv. ved Hjælp af 3 Fishgut. — Reaktionsløst Forløb.

5. A. Ch., 39 År gl., blev for 2 År siden opereret af en anden Kirurg for bevægelig højre Nyre; den fixeredes dels til 12te Ribben, dels til Bløddelene; reaktionsløst Forløb. Hun indkom d.  $\frac{24}{1}$  94, da Nyren generede hende mere end for Operationen. Ved Anstrængelser og ved Hoste dannede h. Nyre en Art Brok bagtil, i det den rullede næsten i sin Helhed ud bagtil som om et Hypomoklion, der dannedes af Tilhæftningen til m. sacrolumb. og måske til 12te Ribben. Ingen Bandage (og flere vare forsøgte) kunde holde Nyren i Ro. — Nefropexi d.  $\frac{27}{1}$  94 til proc. transv. II og III med 3 Fishgut. — Reaktionsløst Forløb og god, blivende Fæstning af Nyren.

6. L., 20 År gl., har i 2 År lidt af Tilfælde af bevægelig højre Nyre; hun mener, at en Væltning med en Vogn er Årsagen til hendes Lidelser. — Urineringen normal; intet abnormt i Urinen. Hun har uden Nytte forsøgt at gå med Nyrebælter. Højre Nyre meget mobil og forskudt, noget øm, ikke forstørret. — D.  $\frac{29}{1}$  94 Nefropexi; Nyren fæstedes med 3 Fishgut til proc. transv. — Reaktionsløst Forløb.

Hos alle Patienterne har Nyren, så vidt jeg ved, beholdt sit Leje; men ganske vist er den situeret noget lavere end

normalt. — Det SIMONSKE Snit har i alle Tilfælde vist sig tilstrækkeligt, og jeg har aldrig været nødt til at gøre yderligere Indsnit. Ved Exstirpation af større Nyresvulster har jeg nogle Gange med Held benyttet det transperitonæale Snit, der byder nogen Fordel med Hensyn til Bedømmelsen af den under Nyre. Dog selv ved Exstirpation af kankrøs Nyre har jeg kunnet nøjes med et SIMONS Snit, og jeg erindrer således min første Nyreexstirpation for omtr. 10 År siden, hvor en kankrøs Nyre med Lethed blev ført frem gennem en ikke meget stor SIMONS Incision, og Patienten levede 8 År efter Operationen.

Det hændtes, som De have hørt, at jeg en Gang kom ind i peritonæums Hulhed under Forsøget på at trænge ind til Nyren. Allerede tidligere er dette hændt mig en Gang ved Fixering af en venstresidig bevægelig Nyre. Her blev jeg narret af Milten, der var betydeligt disloceret nedad og indad til lige med Nyren. Alt forløb imidlertid godt. Et lignende Tilfælde har jeg set refereret med højre Nyre at være hændt TERRIER og BAUDOIN, hvor Forløbet også var heldigt.

Så vel i Tilfælde Nr 3 som i Nr 4 var der særlige Forhold til Stede, der til en vis Grad vare misledende. Den Assistent, der skulde holde Nyren hen mod Incisionen ved Tryk på Underlivet, havde på Grund af Leverens særlige Forhold mere Vanskelighed herved end ellers. Her fandtes nemlig i bægge Tilfælde en Abnormitet ved Leverens Forhold, i det den højre Leverlap eller rettere en Flig af denne strakte sig abnormt langt ned i abdomen, og Nyren var fulgt med, foruden at dens Forbindelse var bleven løsere, så at den yderligere var forskudt og abnormt bevægelig mod Leveren. Leverlappen ragede ned til Højde med crista ili, og Nyren, der lå endnu længere ned, syntes at danne ét med Leveren. — Det turde vel hælde, at en slig Åbning af peritonæum ikke altid forløb så godt som i de her nævnte Tilfælde, og det vil derfor være af Interesse at se, om man skulde have nogle Kendemærker at gå efter for at undgå en slig utidig Åbning af peritonæums serøse Blade. — Når man er kommen ind gennem m. quadrat. l., så har man kun det fibrøse Blad af peritonæum, før man når Nyrens Fedtkapsel. Man vil nu gøre rettest i at incidere dette så langt nede som muligt og gøre Hullet så lidet, at man blot kan fuldstændigt orientere sig.

Tifældet af *Hydronefroze* er følgende:

Poul S., 15 År gl., Smedelärling, indkom d. 23<sub>11</sub> 94 på Hospitalet. Fra 7 Års Alderen har han lidt af Nyretifælde, der dels efter hans eget, dels efter Moderens (Vågekone på Hosp.) Udsagn ere optrådte som ndtalt Nyrekolik. Der var hæftige Smerter i højre Side af Underlivet og i højre Lænd; de kom i Anfald, ledsagede af Opkastninger, forværede ved Bevægelse, lindrede ved Ro. I Begyndelsen varede Anfaldene 2—3 Dage med 1—2 Ugers fri Mellemrum; men i den sidste Tid ere Smerterne næsten kontinuerende. Nogen Svulst er ikke bemærket, før Pat. for nogle Dage siden blev undersøgt af Dr. KUHN på vor Poliklinik. — Vandladningen altid naturlig, uden Grus, Sten eller Blod. — Drengen er stor og stærk, og med Undtagelse af hans Nyrelidelse frembyder han intet abnormt.

Der ses og føles en Svulst i højre Hypokondrium af Størrelse som et Barnehoved, nedad nående til crista ili, opad til Kurvaturen, hvælvende Lændepartiet noget fremad; den er jævn, glat, fluktuerende, lidt bevægelig forfra bagtil. — Urinen fuldkommen normal både med Hensyn til Mængde og Kvalitet.

D. 9<sub>12</sub> 94 gjordes under Äternarkose en Incision (SIMON) til Svulsten for at konstatere Diagnosen, ndtømme Væsken og få et godt Skøn om Tykkelsen af det resterende Nyrevæv. — Tillige håbede vi ved Undersøgelse af Væsken at kunne få nogle Holdepunkter med Hensyn til Indikationen for senere Operation.

Vi så Nyrens Overflade have den for Nyrevæv karakteristiske Farve, ikke bleggult som ved en fuldstændig Sækdannelse. Ved Aspiration ndtømtes 780 Kem. Vædske af lysegult, let uklart Udsecnde; den giver Albumenreaktion, knap  $\frac{1}{4}$   $\frac{0}{100}$  albumen. Urinstofmængde i den samlede Vædske 0,82 Gm. Trökaren trængte først gennem et ikke ganske lidet Lag Væv, før den plumpede ned i det med Vædske fyldte Rum. — Nyresvulsten havde under Hospitalsopholdet været nogenlunde uforandret; ti små Svingninger i dens palpable Størrelse kunde vel skyldes større eller mindre Fyldning af intestina. Urinmængden var ligeledes næsten konstant den samme hele Tiden. — Efter Punkturen var Nyren netop til at føle. Reaktionsløst Forløb efter Punkturen.

D. 10<sub>12</sub> samlet Urinmængde 900 Kem., ikke Spor af albumen, Urinstofm. 19,3  $\frac{0}{100}$ .

Fra d. 12te tiltog Urinmængden — 1400 Kem.

D.  $\frac{30}{12}$  var Vædsken reproduceret i Svulsten, der nu var af samme Størrelse som for Punkturen.

Alt forberedtes nu til en mere indgribende Operation; men vi stode nu noget mere forstående end for Aspirationen. — Vi vidste bestemt, at det var en Hydronefroze, og at der måtte være en fuldstændig Hindring for Passagen fra Nyren på højre Side ned til Blären; men af hvad Natnr denne Hindring var, lod sig ikke bestemt afgøre. For Tilstedeværelsen af en slig Hindring talte følgende facta: Svulsten holdt sig nogenlunde ens stor; den udtømte Vædske indeholdt ikke lidt albumen; men hverken før eller efter Punkturen var der Spor af albumen i Urinen.

Den højre Nyre var endnu fungerende; derfor talte Tilstedeværelsen af Urinstof i Vædsken, Måden, hvorpå Trokaren trængte ind gennem et Nyrevæv, Udseendet af den blottede Nyre og den ret hurtige Reproduktion af Vædsken. — Den venstre Nyre var sund og i Stand til alene at bestride Nyrefunktionerne; derfor talte Pat:s Velbefindende og den normale, rigelige Urin. — Punkturen af højre Nyre medførte en hurtigt forbigående Formindskelse af Urinafsondringen fra venstre Nyre, noget, som man hyppigt ser optræde ved Indgreb på den ene Nyre.

Af alle disse facta kom vi med Hensyn til Diagnose og Indikation til følgende Slutninger:

Hindringen kunde nærmest være fremkaldt enten af Tilstedeværelsen af en Sten et Steds i ureter eller i en Tillukning, Valvel- eller Strukturdannelse af denne Kanal. Det første Alternativ var det rimeligste; herfor talte hele Anamnesen. Det er nemlig rimeligst at antage de Tilfælde, Drengen har frembudt i en Række af 8 År, for Tilfælde af Nyrestenskolik, og man kan ikke antage, at Svulsten skulde have bestået i ret lang Tid, uden at han selv eller hans Omgivelser skulde have lagt Mærke til den. Alt tyder på, at i lang Tid havde Konkrementerne fra Nyren ikke været større, end at Urinen har kunnet passere; men så er der kommet et større eller mere uheldigt stillet Konkrement, der har kilet sig ind og stoppet ureter fuldstændigt et Steds. — Professor LANGE har med sædvanlig Velvilje demonstreret for mig en Del Präparater af Hydronefroze fra den patol.-anat. Samling, og man kunde der se, hvorledes en Sten på højst forskellige Steder af Vejen fra

pelvis til Blåren fuldstændigt kunde obturere Kanalen. — Striktur- og Valveldannelse, hvorpå Samlingen også frembød Exempler, have siden SIMONS Tid — og navnlig i de senere År — været Genstand for en Del nøjagtige, men ikke altid kongruerende Undersøgelser. Ved Meddelelsen af dette Tilfælde skal jeg ikke komme ind på en Kritik af de forskellige Anskuelser herom, men kun sige, at vi måtte have Opmærksomheden henvendt på Muligheden af en sådan Valvel- eller Strikturdannelse ved en eventuel Operation.

Min Mening var derfor at blotte Svlsten ved en ret stor Incision, åbne den vidt, trække den frem, så at man kunde se og føle sig godt til Rette og da fjærne mulige Sten eller Strikturer. — Lykkedes det nu at gøre ureter passabel, vilde jeg reponere Nyren og søge at konservere den. Lykkedes det ikke, vilde jeg lade Drengen beholde en Nyrefistel en kort Tid og så exstirpere Nyren.

Patienten forskånede os imidlertid for alle Tvivl om, hvad der var ham bedst, i det han pludselig d. 17, 95 kvitterede per urethram 3 ret store Sten uden megen Vanskelighed, og i Løbet af få Timer herefter omtr. 1000 Kem. Urin. Herefter kunde man konstatere, at Nyresvlsten omtrent var svunden bort. Diurosen holdt sig de nærmest følgende Dage noget forøget, omtr. 1800 Kem., med en Vægtfylde om 1020. — Spørgsmålet om Grunden til Hydronefrosen var altså løst; det havde været en indkilet Sten, der havde tilstoppet ureter. — Hvor vidt nu Udtømmelsen af Væsken har kunnet bidrage til Udstødningen af Stenen, er det vanskeligt at afgøre. Man kunde tænke sig Processen at være foregået på følgende Måde: Ved den fuldstændige Udtømmelse ere Spændings- og Trykforholdene i Nyresækken og ureter blevne helt forandrede, små Knæk eller Bøjninger af ureter muligt hævede eller formindskede. Dog alt dette er rene Gissninger; men for at en fuldstændig Udtømmelse af Væsken kan have lignende Følger som i det her anførte Tilfælde, taler følgende. Så vel jeg som andre Kirurger have set, hvorledes en enkelt eller en et Par Gange gentagen Aspiration af hele Væsken i en Hydronefrose kan bevirke, at der kan hengå År, inden Væsken reproduceres, ja at Sygdommen kan være definitivt hævet. Rigtig nok har jeg aldrig hverken læst om eller set Tilfælde uden dette ene her meddelte, hvor der efter Tapningen er udstødt Sten samtidigt med, at Hydronefrosen har tabt sig efter Aspirationen. Deri-

mod kender jeg flere Tilfælde, hvor en komplet Anuri, endog varende mange Dage, pludseligt er hævet efter Udstødningen af Sten per urethram, og hvorefter der er fulgt en uhyre kopiös Urinmængde.

Betydningsfulde for Indikationen ved Hydronefrosen og muligt også ved Pynonefrosen ville disse facta altid være. De lede os til at være varsomme med de store Indgreb, som Exstirpation af Nyren, og gøre, at vi altid ville føle os forpligtede til først at gøre en eller flere Aspirationer. Navnlig tror jeg, at denne Fremgangsmåde vil have Udsigt til at kronas med Held, når vi have med en Vandrenyre at gøre, da netop her en Udtømmelse vilde kunne tænkes at forandre Trykforholdene og ureters Stilling.







## Nordisk medicinsk litteratur från 1894.

**Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:** C. J. SALOMONSEN: Det SEMPERske Dvärgforsög. — N. R. FINSEN: Om periodiske årlige Svingninger i Blodets Hämoglobinmängde.

C. J. SALOMONSEN: **Det Semperske Dvärgforsög.** Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1235.

Taleren omtalte de SEMPERske Forsög over Dvärgdannelse hos Ferskvandssnegle, fremviste Präparater, der i Sommerens Løb vare indvundne ved Foretagelse af slige Experimenter, og gav i Tilslutning hertil en kort Fremstilling af de ældre og nyere Forsög på ad kunstig Vej at fremkalde Dvärgdannelse hos Planter og Dyr.

Den efterfølgende Diskussion mellem Foredragsh., Prof. CHIEVITZ, Overkirurg BLOCH og Dr. SCHIERBECK drejede sig om Spørgsmålene, hvor vidt de SEMPERske Forsög lod sig realisere med andre Dyreformer, om de små Snegles Forplantningsævne og senere Skæbne, racefaste Dvärgformer og patologisk Væxthæmning og eventuelle ekskrementielle Udskilningers Betydning for Væxthæmningen.

*N. P. Schierbeck.*

N. R. FINSEN: **Om periodiske årlige Svingninger i Blodets Hämoglobinnmängde.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1209.

Forf. har ved Hjälp af GOWERS's Hämoglobinometer i Tidsrummet fra Marts 1893 til Juni 1894 undersögt et större Antal Personer af Mandkönnet på Farvekraften af deres Blod.

Farvekraften fandtes större om Sommeren end i Vintermånederne. Maximum 114 % i Juli—September, Minimum 109 % i Dec.—Januar. Ved Undersögelsernes Begyndelse i Marts 1893 var Farvekraften gennemsnitlig kun 97 %, altså betydelig mindre end Minimummet i den påfølgende, langt mildere Vinter.

Årsagen til denne periodiske Forandring af Blodets Farvekraft söger Forf. i tilsvarende periodiske Forandringer i Hämoglobinnmängden, idet han dog gör opmärksom på, at det kunde bero på Forandringer i Blodets Koncentration, der ikke er undersögt.

Forf. omtaler dernäst Begrebet 'fysiologisk Periodicitet' og gör opmärksom på Undersögelserne af SMITH over Periodicitet i det respi-

ratoriske Stofskifte og af MALLING-HANSEN om Periodiciteten i Vægtforøgelsen hos Børn. Så vel det respiratoriske Stofskiftes som Vægtforøgelsens Maximum og Minimum falde omtrentlig sammen med Blodets maximale og minimale Farvekraft (d. e. Hämoglobiumængde).

N. P. Schierbeck.

**Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:**

D. E. JACOBSON: Kongenit, partiel Gigantofyti; Trommestikfingre; toxiske, perifere Nevritter efter Influenzapnevmoni.

D. E. JACOBSON: **Kongenit, partiel Gigantofyti; Trommestikfingre; toxiske, perifere Nevritter efter Influenzapnevmoni.** Klinisk Forelæning. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1153.

En ung Pige på 25 År lå på Hospitalet fra  $\frac{5}{2}$  94 for en akut opstået Lungelidelse, der diagnosticeredes som Influenzapnevmoni og var helbredet i Begyndelsen af Maj. Midt i Marts begyndte hun at føle stikkende og prikkende Fornemmelser i de to ulnare Fingre på bægge Hænder samt i Fødder og Tæer; samtidigt vare Arme og Ben meget ømme for Tryk og ved Bevægelser, og der indtrådte en tiltagende Svækkelse af Muskulaturen, navnlig i Benene, så hun til sidst slet ikke kunde løfte dem fra Underlaget. Under Sygdommen udviklede der sig en Deformitet af Hænderne, som vise sig påfaldende store med den yderste Falanx kolbeformet opsvulmet og stærkt krummede Negle. Mm. interossei ere i høj Grad atrofiske, og hele Hånden er ejendommeligt blød, ligesom brusket. En lignende Deformitet findes for Føddernes Vedkommende, idet også disse ere ualmindeligt store med brede og tykke Tæer, og denne Forstørrelse strækker sig også til nederste Ende af crus og Knæene. Den højre Side af Ansigtet ligger i et mere fremskudt Plan end venstre, Overkævens Alveolarproces er ualmindeligt tyk og fremstående, Hagepartiet påfaldende kraftigt, Læberne tykke og udadvåltede. Endeligt findes der en lumbodorsal Kyfose, som er opstået under hendes Sygdom. Ved nærmere Eterforskning viste det sig, at Deformiteten af Ansigt, Hænder (med Undtagelse af Trommestikfingrene) og Fødderne var medfødt. Hertil svarer det også, at der mellem anden og tredje Tå på bægge Fødder findes en vel udtalt »Svømmehud«. Patientens Moder frembyder lignende Abnormiteter, og også andre Medlemmer af Slægten frembyde forskellige Misdannelser, som overtallige Tæer.

Forf. diskuterer Muligheden af, at her foreligger et Tilfælde af «ostéoarthropathie hypertrophiant pneumique» (MARIE), men kommer på Grundlag af de anførte Oplysninger til det Resultat, at dette dog næppe er Tilfældet, og opfatter derefter Deformiteten væsentlig som en partiel, kongenit Kämpevæxt. Lamhederne, antager han, skyldes perifere Nevritter, opståede på Grundlag af Influenzainfektionen.

Samtidig frenstilles den anden Patient, en 15-årig Bagerlærling, som frembyder ganske lignende Symptomer, nemlig en medfødt Kæmpevæxt af Fødderne og perifere Nevriter med Pareser af Underextremiteterne, opståede under Forløbet af en typhlitis stercoralis og en påfølgende angina parotidea.

Ved en senere foretagen Undersøgelse af den første Patient vare så vel Lamhederne som Trommestikfingrene fuldstændig svundne.

*P. D. Koch.*

**Speciel patologi och terapi:** RAGNAR BRUZELIUS och JOHN BERG: Fall af hjärntumör; operation; förbättring. — S. LAACHE: Om pyopneumothorax subphrenicus og empyema pleuræ med Udgangspunkt fra Underlivet. — KR. THUE: Til Belysning af den subfreniske pyopneumothorax's Patogenese. — KNUD FABER: Om HANOTS Sygdom og om intermitterende Galdefeber. — G. NÖRREGAARD: To Tilfælde af Difterit behandlede med SCHERINGS Difteri-Antitoxin.

RAGNAR BRUZELIUS och JOHN BERG: Fall af hjärntumör; operation; förbättring. Hygiea 1894, 11, s. 529.

En 58-årig man, som ej haft syfilis eller missbrukat spirituosa, sjuknade för 1½ år sedan plötsligt med ett anfall, så beskaffadt, att bäst han satt, blef han plötsligt liksom af kramp utsträckt, så att han stel och medvetlös gled ned på golvet, där han låg omkr. 20 min. luga ryckningar; inga sjukliga följder därefter. Efter ett halft år ett liknande anfall och under det följande året före intagningen på sjukhuset ytterligare 4 anfall. Vid det tredje iakttogos dels ryckningar i högra kinden, dels tonisk kramp i högra ansiktshalfvan, tungan drogs åt höger; efter denna attack förmärktes de första tecknen af afasi, som sedan mer och mer tilltog. Vid 6:te anfallet spordes ryckningar äfven i högra armen och agrafi, slutligen svaghet i högra arm och ben.

På Serafimerlasarettet konstaterades betydlig afasi och artikulationsrubbnng, agrafi, stasapill. pares i nedre delen af högra facialnervens område samt pares i högra armen, tungan devierade åt höger. Under vistelsen på sjukhuset instälde sig flere gånger anfall af ryckningar i högra ansiktshalfvan och i högra armen. — Diagnosen ställdes på hjärntumör — gliom — lokaliserad i trakten af 3:dje frontalgyrus och de nedre två tredjedelarna af centralgyri på vänstra sidan.

Pat. opererades af prof. BERG d.  $\frac{3}{8}$  94, hvarvid den ställda diagnosen bekräftades, men tumören såsom diffus kunde ej utskaldas, en cysta öppnades och en mindre kvantitet svagt gul, klar vätska uttrann. Läkningen gick raskt, pat. kunde redan d.  $\frac{16}{8}$  återvända hem; en tydlig förbättring inträdde redan på sjukhuset och fortfor en tid sedan han kommit till sitt hem. D.  $\frac{3}{9}$  återkom »ett af de gamla anfallen», hvilka sedermera uppträdde tätare och svårare, och pat. afled någon af de sista dagarna i oktober.

*Edgren.*

S. LAACHE: **Om pyopneumothorax subphrenicus og empyema plenrø med Udgangspunkt fra Underlivet.** Kliniske Meddelelser fra Kristiania Rigs-Hosp. med. Afd. B. IX. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894. S. 1021—1030.

L. omtaler først Empyemets Forbindelse med eller Udgangspunkt fra *Underlivet*; enten er Pleura-afektionen det primære og Peritoniten en Følgetilstand — dette er meget sjældent; eller Sygdommen begynder fra abdomen og forplanter sig opover til pleura; dette er den langt hyppigere Vej. Medvirkende til denne sekundære Plenra-afektion tør vel være, at Pat. gjerne ligger i temmelig fladt Rygleje, og at således den purulente Ansamling simpelthen sænker sig til pleura gennem diaphragma, der da perforeres; eller der sker intet Gennembrud af diaphragma, men dette skydes kun opover af Pusansamlingen; Pusset ligger således vistnok indenfor Ribbenene, men dog ikke i Brystkaviteten, idet det ligger *under*, ikke *over* diaphragma. Er nu Ansamlingen stor nok, vil der dannes et klinisk-fysikalsk Billede af pyothorax subphrenicus, der kan skuffende ligne et *suprafrenisk* Exsudat; bliver Puset tilblandet Luft, får man et *pyopneumothorax* subphrenicus.

I det ene af L:s Tilfælde begyndte Sygdommen med Symptomer af en Tyflit; under Sygdommen fandt man Dæmpning på højre Lunges Bagflade; ved Empyemoperationen fandtes Pleurahulen aldeles tom; nedad stødte den indførte Finger mod det stærkt opadbugede diaphragma; efter nogle Dages Forløb gik man gennem dette, og man fandt da en Pushule mellem diaphragma og Leveren. Udgang: Helbredelse.

Det andet Kasus var en Sygige, der i mange År havde lidt af et *ulcus ventriculi*; i 1890 fik hun en venstresidig Parametrit; omtrent et År efter optrådte en Peritonit, væsentlig lokaliseret til venstre Side af Underlivet, hvor der lige under Kostalbuen opad og til venstre for Navlen lod sig påvise et håndfladestort, resistent, ømfindtligt Parti, der gav dæmpet Perkussionslyd. Nogle Måneder efter ophostede hun mukopurulent, stinkende Expektorat; Empyemoperation foretoges; der udtømtes  $\frac{1}{2}$  Liter pus. Pat. udskreves helbredet med Fistel. — L. opfatter Mavesåret, ikke Parametriten, som Udgangspunktet; »herom lader der sig disputere». *Halfdan Hopstock.*

KR. THUE: **Til Belysning af den subfreniske pyopneumothorax's Patogenese.** Meddelelser fra Rigs-Hosp. medicinske Afd. A. Norsk Magaz. for Lægevid. 1894, S. 1033—1039.

Som Supplement til de af Overlæge LAACHE i Norsk Magaz. 1894, S. 1021—1032 beskrevne Tilfælde af pyopneumothorax subphrenicus meddeler TH. her et lignende Kasus. Det var en Tjänestepige, der i mange År havde frembudt Symptomer af *ulcus ventriculi*; så optrådte pludselig en Krise med voldsomme Smarter i Epigastriet og Feber; man formodede en Perforation af Ventrikklen, men Pat. frembød intet Billede på en Perforationsperitonit; man blev stående ved en subfrenisk Absces; senere indtrådte en tydelig pyopneumothorax. Ved Obduktionen fandtes en Pushule mellem diaphragma og venstre Leverlap; Hulen strakte sig såvel til venstre som til højre; gennem venstre Diaphragmakuppel førte en fingertyk Perforationsåbning ned i venstre Pleurahule. *Halfdan Hopstock.*

KNUD FABER: **Om Hanot's Sygdom og om intermitterende Galdefeber.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1077, 1105.

Forf. giver først en historisk Fremstilling af de Forsøg, som i den senere Tid, navnlig af den franske Skole, ere gjorte for at klare de infektiøse Leverlidelser, og som have ført HANOT til at opstille forskellige Former af infektiøs hepatitis, der karakteriseres ved en diffus cirrotisk Proees med Forøgelse af Leverens Volumen; deres anatomiske Ejendommelighed er en stærk Nydannelse af Galdegangene og Betændelse om disse, medens de klinisk karakteriseres ved icterus og Feber og i øvrigt kunne optræde i højst forskellig Intensitet. Dog kunne efter HANOT også periportale Cirroser være af infektiøs Oprindelse.

Forf. refererer dernæst en af ham iagttaget Sygehistorie på Frederiks Hospitals Afd. A.

En 41-årig Mand blev efter at have opgravet en gammel og meget stinkende Grøft angreben af Kulderystelser med efterfølgende Hede og Sved. Der kom icterus og Symptomer på en Lidelse af Almenbefindendet tillige med vedvarende Feber. Leveren svulnede stærkt op, så at Levermatheden nåede 3 Fingersbredder under Kurvaturen. Under Sygdommens senere Forløb vedblev der at være icterus af vaxlende Intensitet, nagtet fæces holdt sig galdefarvede i Begyndelsen og først senere blev mere lerede og ildelugtende; der viste sig ikke Tegn på Stase eller ascites. Efter et langvarigt Sygeleje døde Patientten under Symptomer på Kolæmi efter gentagne Anfald af Koma og i det sidste Døgn Delirier.

Leverens Vægt var 4000 Gm (normalt 1450), Bindevævsnydannelse fandtes navnlig i Periferien af aeni og trængte også ned i disse, medens venæ centrales vare ganske frie; Runderelleinfiltrationen og Bindevævsnydannelsen fulgte navnlig Galdegangene, i mindre Grad Portagrenene. Levercellerne vare vel bevarede og ikke fedtdegenererede.

Som karakteristisk for Sygdommen nævner Forf. Feberens Art, idet denne vedvarede fra Sygdommens første Dag indtil Døden og viste sig som en uregelmæssigt remitterende Feber med omtrent daglige voldsomme Feberanfald med Kulderystelse og påfølgende Hede og Sved. Temp. steg under Anfaldet indtil 40° C., men sank under Remissionen under det normale til 36°, ja under 35° C. En bakteriel Underøgelse af Galden gav negativt Resultat.

Til Sammenligning meddeles endnu en Sygehistorie:

En 27-årig ugift Dame led jævnlig af Smerter under højre Ribbenskurvatur; efter et hæftigt Anfald af Smerter og Feber indlagdes hun på Hospitalet. Der var da gentagne Feberanfald hvert Døgn, under Anfaldene trykkende Smerter under højre Kurvatur. Fæces halvtynde, galdefarvede, ikke stinkende, Huden ikterisk. Efter Anvendelsen af Salol bedredes Tilstanden, så at både icterus og Feber svandt, men vendte snart atter tilbage. Da Tilstanden forværedes og Temp. hver Dag steg til omtr. 41° C., forsøgttes på kirurgisk Afd. C. Kolekystotomi, uden at nogen Sten fandtes i Galdeblæren. Tilstanden holdt sig uforandret i henved en Måned, da aftog Feberen og samtidig hermed

Kvalme og Opkastninger, og hun rettede sig hurtigt. Gennem Operationssåret udtømtes nu rigeligt, galdefarvet Sekret og snart efter ren Galde. Så længe Galden flød ud gennem Fistlen, var Åbningen lys lerfarvet; men da denne helede, antog fæces normal Farve og Konsistens. Umiddelbart før Operationen toges en Prøve af Galden ved steril Punktur af Galdeblæren; den viste sig at indeholde en Bakterie, som nærmest lignede *baeterium coli commune*, men dog adskilte sig derfra ved forskellige Væxtejendommeligheder.

Også i dette Tilfælde skyldtes Leverlidelsen øjensynlig en Infektion; nogen Betændelse af selve Levervævet har næppe fundet Sted, navnlig fordi fuldstændig Helbredelse indtrådte.

*F. Levison.*

**G. NÖRREGAARD: To Tilfælde af Difterit behandlede med Scherings Difteri-Antitoxin.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 1040—1042.

Skönt det kun gjalt 2 Tilfælde, fandt Dr. N. Resultatet af den subkutane Injektion af SCHERINGS Difteri-Antitoxin så opmuntrende, at han fandt sig opfordret til at meddele dem.

*Halfdan Hopstock.*

---

**Kirurgi och oftalmiatrik:** WILH. RYDER: En Knappenål gennem ductus Whartonianus. — ENGELSEN: Forevisning af en Patient med akkvisit Ganespalte. — GRÖNBECH: Om Forholdet mellem enuresis nocturna og adenoide Vegetationer i Nasesvælgrummet. — G. KLÆR: Tre Tilfælde af akut miliær Svælgtaberkulos. — G. BÄÄRNELJELM: Fall af farynx-erysipelas. — H. MYGIND: Thyreoiditis acuta simplex. — K. G. LENNANDER och S. E. HENSCHEN: Fall af bronko-axillär fistel. — K. G. LENNANDER: Ett fall af mjältexstirpation. — K. G. LENNANDER och CARL SUNDBERG: Perinephritis acuta post nephritid. ascendens. gravidæ (bacterium coli commune). — K. G. LENNANDER: Om appendicit och dess komplikationer. — K. G. LENNANDER: Om hudtransplantation. — H. MAAG: En typisk Fodboldlæsion. — O. BLOCH: Smånoter fra den kirurgiske Praxis. — K. G. LENNANDER: Ett fall af hndtuberkulos, som sannolikt inympats med vaccinationen. — O. BLOCH: Til Belysning af Værdien af de sterile Forbindingsstoffer i to Lag Filtrerpapir. — CAM. NYROPS Etablissement: Instramtvæsen.

WILH. RYDER: **En Knappenål gennem ductus Whartonianus.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1167.

En Barbersvend angav, at han kort forinden havde »slugt» en Knappenål, som han havde brugt til Tandrensning, og som han uuder en Kundes Besøg havde skjult mellem de to højre Undermundsfortænder, hvor der fandtes en Kavitet. Nålen var gledet ind i Mundhulen med bagtil rettet Spids; der var Synkebesvær, og han var øm i højre reg. submax. Der fandtes en særlig fremtrædende Munding for ductus Whartonianus; en Sonde trængte omtr. 3 Cm. ind i Kanalen og følte her Nålen, der ekstraheredes efter en ringe Opspaltning af Spyt-kertelgangen; Nålen var omtrent 2 Cm. lang. *Kr. Poulsen.*

ENGELSEN: **Forevisning af en Patient med akkvisit Ganespalte.** Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1894—95. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1261.

Pat. havde mistet den bløde Gane, da hun var en 8—9 År, rime- ligvis under en Difterit; hun var, da hun kom under Talerens Behandling, 53 År. Ved Hjælp af en Protese er Talen bleven særdeles god. Taleren mente i øvrigt, at man burde operere i de Tilfælde, hvor den bløde Gane var så lang, at Defekten, der kommer efter Operationen, kun vil blive lille. Selv om Talen får en nasal Klang, er Pat. dog fritagen for de Gener, der altid ere forbundne med at bære en Protese. Derimod skal man være forsigtig med at operere, hvor Defekten bliver så stor, at der må bæres Protese; man forværrer derved Forholdene, da Ganesejlet bliver for stramt, så det ikke kan tåle Protesens Tryk. *Kr. Poulsen.*

GRÖNBECH: **Om Forholdet mellem enuresis nocturna og adenoide Vegetationer i Nasesvælgrummet.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 5, S. 564.

Forf. har blandt 192 Individer, som led af adenoide Vegetationer, fundet 26, som havde enuresis nocturna (=13 %), og i det



langt overvejende Tilfælde fundet et bestemt kavsalt Sammenhæng mellem disse to Lidelser, således at enuresis forsvandt, efter at de adenoide Vegetationer vare fjærnede. Han slutter sit Arbejde med at opfordre Lægen til i ethvert Tilfælde af enuresis nocturna at have Tanken henvendt på Beskaffenheden af det nasale Åndedræt, og særligt på Muligheden af tilstedeværende adenoide Vegetationer, som hyppigst træde hindrende i Vejen for et frit Åndedræt gennem Næsen.

*Schniegielow.*

G. KLÆR: **Tre Tilfælde af akut miliær Svælgtnberkulose.** Ugeskr. for Læger, R. 5, Bd 1, S. 1224.

Tilfældene angik en 6 Års Pige, en 55-årig Mand og en 23-årig Mand.

Efter en detaljeret Beskrivelse af Sygdommens Forløb i de tre Tilfælde, som alle vare karakteriserede ved stærkt Synkebesvær, hurtig Afmagring og exitus lethalis i en ynkelig Tilstand, diskuterer Forf. i Epikriseu Spørgsmålet om Lidelsens primære eller sekundære Natur og gør opmærksom på Vanskeligheden ved dette Spørgsmåls Besvarelse. Behandlingen er væsentlig symptomatisk og Udsigterne til Helbredelse absolut trøstesløse.

*Schniegielow.*

G. BÄÄRNHJELM: **Fall af farynx-erysipelas.** Upsala läkareför. förhandl., bd 27, s. 488.

Utgör ett tillägg till K. G. LENNANDERS uppsats med samma titel, redogörande dels för den literatur i ämnet, som fyller tidsrummet mellan de båda uppsatserna, dels för ytterligare 5 sjukhistorier från Akadem. sjukhuset i Upsala.

Förf. betonar svårigheten att afskilja scarlatina-angina, men anser den högröda färgen, den fernissliknande beläggningen och den följande starka venösa farynx-veninjektionen vid erysipelas vara afgörande, hvadan diagnosen i 2 fall af de 5 sattes utan bakteriefynd men med hänvisning till infektionens typiska väg och förmåga att förändra väfnaden.

Två sektioner.

*L. Paijkull.*

H. MYGIND: **Thyreoiditis acuta simplex.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1181.

Forf. har iagttaget et Tilfælde af denne sjældue Lidelse hos en 38-årig Mand, som i Rekonvalescensen efter en erysipelas faciei fik Ömhed og Svulst på Forfladen af Halsen samtidig med Synkebesvær, Håshed og Kvålningsfornemmelser og Febertilfælde.

Den herhen hørende Literatur refereres, og Sygdommens Ätiologi, Patogenese, Diagnose og Behandling diskuteres udførligt.

*Schniegielow.*

K. G. LENNANDER och S. E. HENSCHEN: **Fall af bronko-axillär fistel.** Upsala läkareförenings förhandl.

Sjukhistorien omtalar oppkomsten af en axillär abscess, som vid sitt öppnande aflefnade en massa var, hvarvid ett porlande förrådde



kommunikation med luftkanalerna. Huden däromkring kan vid täpt mun uppblåsas. Såsom ursprung antogs en ulceration i lungan, men några egentliga bevis föreligga ej; inga baciller.

Vid operationen kändes perforationsstället i andra interkostalrummet. Tamponad af hålan. Blodhosta efter operationen liksom efter hvarje omläggning; lungfisteln läktes långsamt;  $2\frac{1}{2}$  månad efter operationen var den dock slutet.

L. Pajkull.

K. G. LENNANDER: **Ett fall af mjältexstirpation.** Från kirurg. kliniken i Upsala. Upsala läkareför. förhandl., bd 28, s. 397—409.

I den inledande sjukhistorien, som utgör kärnan af uppsatsen, hvars öfriga delar utgöras af en mindre epikris samt en sammanställning af alla till datum offentliggjorda fall med exstirp. ren. mobilis, framhålles att inget etiologiskt moment, framför alt ingen kronisk inf. sjukdom, kunnat spåras; den 28-åriga ogifta kvinnan har känt mjälten i 14 år nästan utan obehag, till dess tumören för 2 år sedan efter gross snabt började växa. Häftig, plötslig påkommande, ihållande smärta »från bukeus midt» orsakade läkarebesök. Inga nämnvärda svullna körtlar, inga i ögonen fallande blodförändringar. Gul hud. Mjälten begränsas af plan. int. crist. il. och parasternale.

Operationen möjliggjordes genom ett vinkelsnitt längs linea alba och tvärs m. reetus sin. något nedom naveln. Underbindningen måste företas i buken suksessift med klämmare och underbindning, men våldsam blödning efter ruptur nödgade operatören att efter blödningens beherskande genom digital kompression kraftigt luxera mjälten ur hålan och genomklippa pedunkeln, anlägga långa klämmare och därpå katgutligatur; sist lades en dylik kring den ej fattade stammen af art. lineal., och den vid duodenum adhererande gallblåsan lossades därifrån. Mjälten vägde efter stark blodförlust 1 kilo. Inga gallblåstenar.

*Klinisk diagnos:* Hypertrophia simplex lienis (intermittens?) + cholelithiasis vel peritonit. chron. ad vesicam felleæ.

*Pat. anat. diagnos:* Periton. chron. ad vesicam felleæ + splenadenoma.

I epikrisen motiveras diagnos, indikat. för operation (de mycket stora smärtor, som ock kunnat komma från gallblåseperitoniten) samt omnämnes vidare, att operationen medförde åsyftad verkan utan att medföra nämnvärd olägenhet. Förordas väl steriliserad katgut framför silke såsom ligaturmaterial. Något halft år senare voro kanske lymfkörtlarna tydligen förstörade, men hon led altjämt af ett svårt bensår.

Uppsatsen slutar med tabell öfver kända splenektomier med döds-kasuistik. Förf. refererar alla fallen med några ord och drar ur literatur och egen erfarenhet några i tesform formulerade slutsatser.

L. Pajkull.

K. G. LENNANDER och CARL SUNDBERG: **Perinephritis acuta post nephritid. ascendens. gravidæ (bacterium coli commune)**. Upsala läkareför. förhandl., bd 29, s. 383—416.

Enligt den inledande sjukhist. intogs en f. d. luet. infekterad, gravid kvinna å sjukhuset, hvarest hon under genomgående af antiluetisk kur insjuknade med svåra smärtor i lumbalregionen, nedstrålande åt bäckenet och förenade med feber på 39°, hvilka symptom efter genomgången fysiologisk förlösning fortoro. Urinen blef missfärgad, illaluktande men höll, ehuru albumen, ej cylindrar. På grund af ömhet öfver högra njuren och fossa iliaca m. m. ansåg man sig stå antingen för en peritonit i trakten af coecum eller en perinefrit. Sedan man genom snitt ofvanför lig. Poup. öfvertygat sig om frånvaro af pericekal abscess, förlängdes snittet uppåt-bakåt. Ingenstädes kring den blåroda njuren abscess men ödem. Ett mindre, misstänkt, mjukt njurparti exstirperades, och man tyckte sig däri se miliära abscesser. Buksåret hop-syddes, tamponad kring njuren. Den i början starkt nedsatta sjuka stimulerades starkt, och så småningom inträdde rekonvalescens under tämligen stark afsöndring från såret, och i det urinen, från att vara missfärgad, illaluktande och hållande massor af baciller, blef ljus, klar, sedimentfri och i det febern försvann. Men i det dessa sist nämnda symptom återuppträdde anfallsvis, fick pat. samma smärtor, nu i vänstra lumbalregionen, förenade med kräkningar och lösa afföringar. Dessa symptom utblefvo emellertid under en tid, och pat. kunde utskrifvas, efter alla tecken frisk. Efter 4 månader återkom hon till sjukhuset. efter det symptomen i allo förvärrats. Hon led nu af alla tecken på en infektion, särskildt var digestionskanalen afficerad; slitningar i buken. Njuren å den opererade sidan kännes såsom en stor förskjutbar tumör; tympanism. Den vänstra njuren kan ej palperas, urin klar, fysiolog. steril.

Den bakteriologiska undersökningen visade en uppstigande interstitiel nefrit och närvaro af en massa stafbakterier, som vid inf. af möss framkallade septikemi, som enligt en utförlig epikris af dr. SUNDBERG torde böra anses såsom en art af *bact. coli commune*, som hittills ej blifvit uppmärksammas. Härefter följer dels en öfersikt af cystitens etiologi, dels en epikritisk betraktelse öfver fallet i fråga som endast i originalarbetet kan studeras, men i hvilken prof. LENNANDER i likhet med dr. SUNDBERG framhåller sannolikheten för, att bakterien genom urethra nått blåsan, alstrat bakteriuri och, samtidigt med fosterhufvudets nedträngande, ascendens. Såsom slutsats framställer prof. LENNANDER behöfligheten af en profincision i de fall af inflammatoriska lidanden i nedre högra bukdelens, där man ej kan bestämma utsträckning, lokalitet eller utgångspport.

L. Pajkull.

K. G. LENNANDER: **Om appendicit och dess komplikationer**. Upsala läkareför. förhandl., bd 28, s. 38.

Stödd på eget sjukdoms- och operationsmaterial, som dock ej åter-gifves såsom utförliga berättelser utan endast antydningssvis såsom stöd för förf:s åsikter, lemnar prof. L. en öfersikt öfver perityphlitenas väsen, börjande med orienterande definitioner, öfvergående till etiologi, sympto-

matologi, differentialdiagnos. komplikationer och behandling, öfveralt refererande till och kritiskt bedömande medförfattarens offentliggjorda åsikter i ämnet.

Materialet utgör 34 operationsfall med förf. såsom operatör i 29, och förf. lägger dessutom såsom grund för sina yttranden studiet af de 35 sista årens sektionsprotokoll från diverse patol. och sjukvårdsinstitutioner i Upsala, Lund och Stockholm. Endast den »äkta» perityfiliten tages i betraktande; kancer, tuberkulos, aktinomykos o. d. lemnas å sido.

Sedan förf., för missförstånds undvikande definierat sina tekniska termer, omnämner han såsom orsaker till perityfilit sterkoralflytt, främmande kroppar såsom fekalstenar eller heterogena införda ämnen, fortledning från andra tarmdelar med därpå följande mekanisk förträngning af utskottets mynning i coecum med eller utan sekretretention, på hvilken sist nämnda exempel anföras ur förf:s erfarenhet. Särskild betonas i motsats til SAHLI coprostatens etiolog. betydelse, och bevis därför anföras. Vidare betinga coecums anat. förhållande ofta dylika anhopningar. Själaf har förf. ofta funnit konkret af olika slag, liksom sekretretention efter mekaniskt hinder med eller utan dislokation.

Angående symptomen påpekas, att de i styrka ej alltid motsvaras af anat.-patol. förändringar.

Sjukdomen utvecklas oregelbundet hastigt: gangren af proc. är iakttagen efter 48 t.r. En perforations följer betingas af flere moment, hvaraf särskildt de anat. förhållandena framhållas, och förf. genomgår de olika förlopp, som dessa kunna betinga genom varets själfdissektion. Såsom ex. anföras sänkning åt låret, perforation af diaphragma eller bronker, ventrombos, pyletrombos, lungabscesser, pyemi, leverabscesser och diffus peritonit, det senare mera ovanligt. Om diagnosen och sjukdomen se originaluppsatsen, särskild vikt lägges på jämförelse mellan puls och temperatur samt vid differens mellan temp. i rectum och axillen jämte konstatering af exsudat. Perforeras processen, uppstår såsom regel abscess (iakttaget efter 40 t.), men varet synes kunna resorberas; abscessen kan bli diffus eller afkapslas och genombryta åt bukens och bäckenets viscera, eller ock kan tarminnehållet gå i abscesshålan. Vidare kan varet samla sig extraperitonealt och orsaka trombos med eller utan pyemi.

Med hänsyn till behandlingen uttalar sig förf. kategoriskt om nödvändigheten af en intim kommunikation mellan farmako-terapeuten och kirurgen, ty medan han å ena sidan ingalunda förnekar, att vissa fall helt och hållet famnas af den förres sfer och endast böra behandlas exspektatift med eller utan opium, framhåller han å den andra ej mindre bestämdt, att vissa sjukdomsfall endast uppställa kirurgiska indikationer: en konstaterad abscess får aldrig lemnas åt sig själf, blir läkarens lösen. Ty på resorption, om ock iakttagen, får man ej lita.

Förf. berör nu de olika medel, hvarpå differentialdiagnosen hvilar. — Rektalundersökning må ej underlåtas. Medan kirurgen åt farmako-terapeuten lemnar den appendikulära koliten, akuta katarrala och ulcerösa processer i appendix, som blott åstadkomma fibrinös—serofibrinös peritonit, komma på hans egen lott den akuta, diffusa peritoniten, alla

intraperitoneala abscesser samt paratyfit med misstänkt varbildning. Men uppgiften blir ej blott att behandla dylika »faits accomplis», de skola diagnosticeras redan i utvecklingen.

Ännu en uppgift ligger i den profylaktiska operationen under fri intervall, som förf. företar, först om pat., medveten om faran, så fordrar. Vid kroniskt smärtsamma fall opererar förf. på för pat:s både fysiska och psykiska hälsa hvilande skäl, om den sjuke det önskar. Sist kommer talet till operation för pågående anfall, laparotomi och incision. Om indikationen för det ena eller andra, se originalafhandlingen, äfvenså om tekniken. Kloroform-eternarkos. Operationen företas aseptiskt; proc. vermif. exstirp. om möjligt med lemnande af PÉANS tång å démeure om dess rot; peritonealhålans öppnande undvikas. Efterbehandlingen består bland annat i rektalutsköljningar med undvikande af mö<sup>+</sup>; nutr. lavemang, subkutant koksalt-infus.

Slutligen lemnas följande öfversikt:

1. Laparotomi och exstirpation af proc. vermif. vid diffus peritonit 3 fall.
2. Incision för afkapslad intraperitoneal abscess från vagina eller rectum med exstirpation af p. v. i 2 fall — 3 fall.
3. Hos 12 patienter ha abscessen öppnats i fossa iliaca med 3 exstirp. af p. v. Af de öfriga 9 3 rec.; 1 död.
4. Hos 7 patienter laparot. + amput. af p. v.
5. Bäckensabscesser öppnade från vagina, 1 fall och rectum 2 fall, de senare i förening med laparotomi.
6. Vid fri intervall 5 amputationer af p. v.
7. En lösning af cecaladherencer t. fr. bukväggen.

*L. Paijkull.*

K. G. LENNANDER: **Om hudtransplantation.** Upsala läkareför. förhandl., bd 25, s. 25—64.

Förf. utgår från en afhandling af THIERSCH om hudtransplantation, i hvilka experiment blifvit visadt, huru ett hudstycke utan underhudsfett kan fastläkas, detta till följd af olägenheterna vid Reverdin, då granulationerna visa obenägenhet att dra sig samman. THIERSCH visade då, att läkning p. p. befordras genom bortskrapning af det ytliga skrumpanande granulationslagret. — Förf. redogör nu utförligt för T:s metod (se afhandlingen) och påpekar, huru infektion och syfilis äro två mycket farliga facta.

Förf. anför därefter sina sjukhistorier, indelande dem i grupper: A. Efter förbränning 2 fall; B. Efter maskinskador 4 fall; C. Efter hudtuberkulos 1 fall; D. Efter erysipelas gangrænos. 3 fall; E. På ulcera anticurris s. st. 2 fall, samt transplantation på friska sårytor 5 fall med diagnoser: ulcus rodeus, cancer mammae, ersersio labii infer. p. combust., cicatr. lat. ant. brachii sin. p. comb. Fall af slemhinnetransplantation 1 fall. Därtill komme 2 fall af transpl. af hel hud, af hvilka det större misslyckades, emedan de underliggande granulationerna bröto igenom. Till sist omnämnas två under behandling varande fall.

*L. Paijkull.*

H. MAAG: **En typisk Fodboldläsion.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1237.

Forf. har ret almindelig fundet en vel udtalt fluktuerende bursitis subpatellaris hos Skolediseiple, der give sig af med Fodboldspil; navnlig viser det sig i Mellemlklasserne, når disses Disciple skulle spille med større Drengene, hvorved de tvinges til at lægge mere Kraft i deres Spil. Under Spillet er m. quadriceps femoris stærkt kontraheret; de gentagne Traktioner i patella og lig. patellare inf. skulde fremkalde den omtalte bursitis, der i øvrigt svinder ved Ro. Bind, Massage, — aldrig er der set Ansamling i Knæleddet.

*Kr. Poulsen.*

O. BLOCH: **Smånoter fra den kirurgiske Praxis.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1175.

Aforistiske Bemærkninger, der pointere, hvor forsigtig man må være ved sine operative Indgreb og sin Undersøgelse for ikke at åbne nye Lymfebaner, ad hvilke de tilstedeværende Bakterier kunne inficere Organismen. Man må være varsom med sin Sondering, med sin Irrigation, med sin skarpe Ske. Forf. anfører endelig en Sygehistorie, der viser, at selv en yderst forsigtig Sondeindførelse i en uterus kan være skåbningsvanger og føre til peritonitis.

Det var en 39-årig Kvinde, der var indlagt for en Vesiko-vaginalfistel; 2 Måneder efter Fødelsen indføres, på et Tidspunkt, da hun i øvrigt befandt sig vel, en Sonde i Uterinkaviteten, den trænger let og uden Smerte for Patienten omtr. 18 Cm. i Dybden; man antager en Subinvolution og har ingen Mistanke om Perforation. Der udvikler sig herefter en mortal peritonitis; Sektionen viser uterus af normal Størrelse, men Vævet mørt som »blød Ost»; på Bagsiden af fundus uteri føles Perforationsstedet. Der var ingen ældre Suppurationsfoci, så at Peritoniten kun kan skyldes den omtalte Sondeindførelse.

*Kr. Poulsen.*

K. G. LENNANDER: **Ett fall af hudtuberkulos, som sannolikt iuynpats med vaccinationen.** Upsala läkareför. förhandl., bd 25, s. 65—70.

Man, 35 år, som efter vaccination bibehållit en koppa oläkt, som sedermera utbredde sig alt mera och ej läktes för skrapning och termokauter. Efter grundlig skrapning af LENNANDER täcktes såren med grodskinn och läktes väl. Vissa sår delades och kauteriserades efter skrapning.

Slutligen följer referat af PEIPER: Zur Frage der Uebertragung der Tuberculose durch die Vaccinat.

*L. Paijkull.*

O. BLOCH: **Til Belysning af Værdien af de sterile Forbindingsstoffer i to Lag Filtrepapir.** Det københavnske med. Selskabs Forh. 1894—95. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1262, 1284.

Taleren har gentagne Gange undersøgt sin bekendte Vatforbinding og altid fundet den steril; Prøverne ere anstillede på 5 Års gamle Pakker, på Pakker, der var købte i Provinsen og i Udlandet; Resultatet har som sagt været tilfredsstillende. Som Bevis på, hvor god Forbindingen havde været for Sårbehandlingen, gav han en Oversigt over sine

Struma- og Osteotomioperationer, disse særligt valgte, fordi et dårligt Sårforløb let kunde kompromittere Resultatet. — Taleren har opereret 15 Strumaer og udført 26 Osteotomier, og i de fleste Tilfælde er der kommet primær Heling; enkelte Gange er denne forsinket ved Nekrose af Hudrandene, eller når man ved en meget vaskulariseret struma har været nødsaget til at tamponere.

Under den påfølgende Diskussion udtalte KR. POULSEN, at det var meget vanskeligt af Sårforløbet at slutte noget om Forbindingens Fortræffelighed, og han mindede i så Henseende om Prof. IVERSEN, der i sin Tid i Selskabet havde fremført udmærkede Resultater med sin Sublimat-Träuld-Vatforbinding, som senere viste sig at indeholde Masser af Bakterier. Vigtigst for det gode Sårforløb var uden Tvivl Omsorgen for at undgå de døde Rum ved Dränage, tåtssluttende Suturer eller Kompression, og netop i de Tilfælde, som Overkirurg BLOCH meddelte, vare disse präventive Forholdsregler iagttagne. Taleren vilde i övrigt ikke misrekommandere den anbefalede Forbinding, som han fandt meget fortræffelig.

*Kr. Poulsen.*

CAM. NYROPS Etablissement: **Instrumentväsen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 1, s. 1114

Afbildning og Beskrivelse af følgende Instrumenter: 1) En efter Bugväggens Tykkelse indstillelig Bläretrokar, angiven af Dr. HERTZ; 2) HAGEDORNS nyeste Nåleholder; 3) en af HAHN konstrueret Tarm-bongi (en Gummislange, hvori er indlagt en tæt snoet Metalträdsspiral); 4) en af STILLE foretagen Modifikation af KEITHS Tang til Underlivs-operationer.

*Kr. Poulsen.*

**Psykiatri:** FR. LANGE: De vigtigste Sindssygdomsgrupper i kort Omrids. — KNUD PONTOPPIDAN: Dementia paralytica. — Sindssyge kontra Sindssygelüger. — Forhandlinger i Borgerrepræsentationen. — Juristernes Regulativ for 6te Afdeling. — C. TORP, Prof. juris: Læger og Jurister. — Den SCHIMMELMANNske Sag. — CHR. GEILL: Er en Reform på vort Sindssygeväsens Område nødvendig? — N. FLINDT: Reformen af vort Sindssygeväsen.

FR. LANGE: **De vigtigste Sindssygdomsgrupper i kort Omrids.** Köbenhavn 1894. 359 Sider.

I Indledningen til denne Bog udtaler Forf. det som sin Opgave på Grundlag af egne Erfaringer at give en kortfattet og overskuelig Fremstilling af Sindssygdommene, således som de ytre sig i danske Sindssygeanstalter. Han fremhæver Vanskeligheden ved at forstå fremmede Nationers Tankegange og Udtryksmåder, selv hvor disse bevæge sig indenfor det normales Område. Hvor meget vanskeligere da hos sindssyge. End videre har han villet lægge sin Fremstilling til Rette for den almindelige Læge, som er uden nærmere personligt Kendskab til Sindssygdommens forskellige Fænomener. Han giver først en Skildring af, hvad han kalder de psykiatriske Radikaler, d. v. s. de Grundforhold, som danne Kærnepunktet, hvorom de enkelte Sygdomsbilleder formes, nemlig Hæmningen (Melankoliens Radikal), Flugten (Maniens), Svækkelsen (Forvirringens), Vrangforestillingen (Forrykthedens Radikal), Tvangsforestillingen og Lammelsen eller Stuporen. Med Hensyn til de forskellige Formers Terminalstadium udtaler han som sin Anskuelse, at der til enhver akut Lidelse svarer et ganske ligefremt og let genkendeligt Terminalstadium.

Til Grund for sin Skildring af de enkelte Sygdomsgrupper lægger han en ætiologisk Inddeling og opstiller som Resultat heraf følgende Grupper: 1) Sindssygdomme, udviklede på arveligt Grundlag, 2) Sindssygdomme betingede af Livets fysiologiske Udviklingsprocesser, 3) Sindssygd., fremkaldte ved psykiske Årsager, 4) Sindssygd., fremkaldte ved Kontusion af Kraniet, 5) Sindssygd. ved Hjernesygdomme og Nerve-lidelser, 6) Sindssygd., sekundært fremkaldte ved andre Sygdomme, 7) Sindssygd., opståede ved Intoxikation, 8) dementia paralytica.

Til Slutning giver han en kort Oversigt over Behandlingen.

*P. D. Koch.*

KNUD PONTOPPIDAN: **Dementia paralytica.** Klinisk Forelæsning. Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 5, S. 549.

Skildring af det almindelige Billede af den i Overskriften nævnte Sygdom.

*P. D. Koch.*



**Sindssyge kontra Sindssygeläger.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1029.

**Forhandlinger i Borgerrepræsentationen.** Udkast til Regulativ angående Indlæggelse m. m. af sindssyge Patienter på Kommunehospitalets 6te Afdeling. S. St., S. 1065.

**Juristernes Regulativ for 6te Afdeling.** S. St., S. 1079.

C. TORP, Prof. juris: **Læger og Jurister.** Med Bemærkninger af Red. S. St., S. 1158.

**Den Schimmelmansske Sag.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1044, 1072, 1098.

Forhandlinger og Referat af sådanne i Anledning af en i Dagspressen meget omtalt Indlæggelse for Sindssygdom på Kommunehospitalets 6te Afdeling, som væsentlig dreje sig om Spørgsmålet om Lægernes, Politiets og Domstolenes Competence og indbyrdes Forhold ved Afgørelsen af den tvangsmæssige Indlæggelse af et Individ for Sindssygdom.

*P. D. Koch.*

CHR. GEILL: **Er en Reform på vort Sindssygeväsens Område nødvendig?** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 981, 1005, 1036, 1055.

Tager Ordet for en mere samlet Ledelse af de forskellige Anstalter, hvor sindssyge forplejes og behandles, og af Sindssygeväsenet i det hele, for en fastere Ordning af den private Forplejning af sindssyge og for enkelte Ændringer i Regulativet for Optagelsen af sindssyge på Kommunehospitalets 6te Afdeling i København, samt for mere indgående Bestemmelser angående den sindssyge Forbryders retslige Stilling.

*P. D. Koch.*

N. FLINDT: **Reformen af vort Sindssygeväsen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1127 og 1153.

Modsiger på væsentlige Punkter Dr. GEILLs i ovenstående Artikel fremsatte Anskuelser og fremhæver Nødvendigheden af en særlig psykiatrisk Uddannelse for Embedslægerne, af en for Samfundet mere betryggende Ordning af Indlæggelsesforholdene for enhver sindssyg, samt af at overlade Afgørelsen af, om en sindssyg er farlig for den offentlige Sikkerhed, til Övrigheden.

*P. D. Koch.*



**Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: E. WELANDER:**

Till frågan om preventiv behandling af syfilis. — C. RASCH: Om multiple benigne Papillomer på Mundslimhinden och deres sandsynlige Oprindelse.

**E. WELANDER: Till frågan om preventiv behandling af syfilis.** Hygiea 1894, s. 417—453.

I detta på Svenska läkaresällskapets högtidsdag hållna föredrag redogör förf. för den preventiva behandlingen af syfilis och kritiserar de mot den samma gjorda invändningarna så väl angående excision af primäraffektionen som särskildt angående den intermittenta, preventiva kvicksilfverbehandlingen.

I fråga om excision af primäraffektionen är förf. af den åsikt, att den af praktiska skäl är fullt berättigad i de fall, där sklerosens säte är sådant, att den utan ingrepp på djupare delar kan fullständigt utföras, oaktadt man så godt som aldrig kan nå det egentliga syftet med den samma, nämligen att förhindra utvecklingen af konstitutionela syfilitiska symptom.

Med afseende på syfilis' behandling förordar förf. en kraftig kvicksilfverbehandling, som bör börjas så snart diagnosen, syfilitisk initialskleros, är säkert stäld och repeteras så snart man kan antaga, att den inom organismen befintliga kvicksilfverkvantiteten är mindre än som behöfves för att hindra den supponerade syfilisbakteriens utveckling. — Genom förf:s föregående undersökningar öfver kvicksilfrets resorption och elimination vet man, att kvicksilfver resorberas olika säkert, hastigt och i olika mängd vid olika behandlingsmetoder, samt att eliminationen genom urinen efter en kraftig kvicksilfverbehandling under 4 veckor fortfar att vara betydlig för att därefter aftaga, men att den ännu efter 5—6 veckor är ej obetydlig och fortfar fastän i ringa grad under ytterligare flere veckor. De olika preparaten och behandlingsmetoderna förhålla sig i stort sedt på samma sätt, men resorptionen är betydligast och eliminationen fortfar längst efter injektion af olösliga kvicksilfversalter (t. ex. thymolkvicksilfver 10 cgm hvar 4:de dag), resp. oleum cinereum, samt efter påstrykningar, resp. ingnidningar af ugnatum hydrargyri (t. ex. 6 gm dagligen). Vid administration af kvicksilfver i dessa former kan man altså hålla kroppen under kraftig inverkan af kvicksilfver under längre tid än efter användande af andra metoder. — I öfverensstämmelse med dessa åsikter tillämpar förf. den kroniska preventiva kvicksilfverbehandlingen vid syfilis på det sätt, att under 1:sta året repeterade kvicksilfverbehandlingar af växlande men oftast kraftig form gifvas med 5—6 veckors uppehåll mellan hvarje, hvarvid särskild vikt bör läggas därpå, att den första behandlingen blir rätt kraftig. Efter denna tid fortsättes behandlingen enligt den princip, att kroppen hålles under kraftig kvicksilfverinverkan ett år efter sista iakttagna symptom, och under det därpå följande året under en ständigt, fast mindre betydlig inverkan, t. ex. genom en injektion af olösligt salt

hvar 3:dje till 4:de vecka. Förf. tillämpar dock icke chablonmessigt denna metod, utan låter det allmänna hälsotillståndet och tillfälliga komplikationer komma till sin fulla rätt vid behandlingen, enär äfven organismen själf måste antagas utöfva ett betydligt inflytande vid sjukdomsgiftets tillintetgörande. — Jodkalium spelar vid den kroniska preventiva syfilisbehandlingen en underordnad rol, gifves endast, då snabb inverkan är af vikt, och äfven då hälst samtidigt med eller efterföljdt af en kraftig kvicksilfverbehandling.

Af sin 25 åriga erfarenhet angående de veneriska sjukdomarnas behandling med olika metoder slutar förf., att den intermittenta preventiva kvicksilfverbehandlingens gifvit de bästa resultaten i fråga om förekommande af tertiära symptom. Förf. har i detta afseende från sin enskilda praktik statistiskt sammanställt 408 fall, hvilka han under senare år behandlat för tertiära symptom (därvid icke medräknande fall af tabes och paralyse générale) och kommer till det resultat, att af dessa 88 fall (= 21,6 %) ej alla fått kvicksilfverbehandling, 246 (= 60,3 %) hafva fått obetydlig kvicksilfverbehandling. 74 hafva erhållit repeterad behandling, 40 af dessa endast vid uppträdande symptom, och af de öfriga hafva endast 3 *ordentligt* genomgått en intermittent preventiv behandling.

*Sederholm.*

**C. RASCH: Om multiple benigne Papillomer på Mundslimhinden och deres sandsynlige Oprindelse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1129.

Forf. refererer to Tilfælde hos 6—7-årige Pigebörn med talrige små Papillomer på Mundslimhinden, särskilt på Underläben og Kinderne. De helbrededes ved Lapisätsninger og Paquelinering. — I det ene Tilfælde fandtes samtidigt Vorter på Händerne, og den lille Patient havde den Vane at patte på Fingrene. Forf. mener, at Affektionen skyldtes Smitte fra Vorterne, og er tilbøjelig til at tro, at lignende Papillomer på epiglottis og i larynx kunde have lignende Oprindelse.

*R. Bergh.*

**Obstetrik och gynekologi:** EMIL MÜLLER: Diagnosen og Behandlingen af den på et tidligt Stadium afbrudte extrauterine Graviditet. — SOPHUS PRIOR: Om den »egentlige Aborts» rationelle Behandling. — K. G. LENNANDER: Några ord om kejsarsnittet på döda och på lefvande. — K. G. LENNANDER: Tre fall af placenta prævia. Ett fall af dessa med varbildning i symtysis oss. bubis. — LINCOLN PALJKULL: Om albuminuri hos nyförlösta kvinnor. — K. G. LENNANDER: Fall af pyosalpinx. Bidrag till den operativa behandlingen. — L. KRAFT: Ovariectomi på en 84<sup>1</sup>/<sub>3</sub>-årig Kvinde med heldigt Udfald.

EMIL MÜLLER: **Diagnosen og Behandlingen af den på et tidligt Stadium afbrudte extrauterine Graviditet.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1265, 1289.

Forf. refererer 6 Tilfælde af bristet extrauterint Svangerskab, af hvilke Halvdelen behandledes med Laparotomi. Han fremhåver, hvor vigtigt det er i Tide at erkende Rupturen af et sådant Svangerskab. Er Rupturen diagnosticeret, har man Valget imellem den konservative Behandling og Laparotomien. Laparotomien, der ikke kan siges at udsætte Patienten for store Farer, forudsat at en betryggende Antiseptik kan gennemføres, er den Behandlingsmåde, der giver de bedste Udsigter. Välger man den konservative, exspekterende Behandling, må man være forberedt på et meget langvarigt Sygeleje med alt, hvad der kan passere under dette, og man bör, hvor det er muligt, sätta Patienten under sådanne Forhold, at Laparotomi kan göres med kort Varsel, hvis en fornyet Blödning skulde göre det nödvändigt.

*F. Nyrop.*

SOPHUS PRIOR: **Om den »egentlige Aborts» rationelle Behandling.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1220.

Foredrag holdt i Lägeföreningen for Århus og Omegn.

*F. Nyrop.*

K. G. LENNANDER: **Några ord om kejsarsnittet på döda och på lefvande.** Högtidsföredrag i Upsala läkareförening. Upsala läkareför. förbandl., bd 25, s. 1—24.

Efter en definition af begreppet kejsarsnitt följer en historisk öfversikt, börjande med JEREMIAS TRAUTMANN 1610, och användes snart i många fall, där vi nu bruka tången; detta på lefvande. Operationer på döda har anor ända från urgamla tider, och blef snart obligatoriskt. Med anti- och aseptik ha operationens fäsor betydligt förringats. I forna dagar förrättades det äfven då lifsfrukten var lifsoduglig och ända till 24 timmar efter döden. En statistik åren 1800—32 ger 2 % foster raddade. Utsikterna för foster vid död moder äro mycket små. I början af århundradet uppkom fordran på operation in agone. SCHAUTA har därför följande indikationer: 1) kvinnan dödligt sjuk, 2) anförvanders bifall, 3) konsultation, 4) lefvande barn. I liknande fall upp-

träder äfven frågan om part. præmat. Kejsarsnitt på lefvande erbjud enligt MEYERS statistik 1867 54 % döda. På 1870-talet infördes gastroklytrotomi. Dödsorsakerna voro sepsis och blödning. 1876 infördes PORROS operation, hvarvid man ej behöfver invänta förlossningsarbetet. Författaren beskriver noga den samma. Ovarierna exstirperades äfven. Stjälken behandlas extra- eller intraperitonealt. Mot den samma uppställdes emellertid snart å nyo det gamla konserverande kejsarsnittet med noggranna uterussuturer. Beskrifning på kejsarsnittet enligt LEOPOLD, hvarvid NETZELS betydelse framhålls. Statistiker å operationens duglighet, hvilka visa glänsande resultat. Indikationerna bli oförändrade.

*Absolut indikation:* conjugata vera < 6 å 6,5 cm.

*Relativ indikation:* » » 6½—8 å 8,5 cm.

Enligt LEOPOLD: 1) Goda krafter hos kvinnan och början af förlossning; 2) ingen infektion; 3) normala fosterhjärtljud; 4) aseptik och antiseptik.

Om kejsarsnitt för öfrigt är indicerad blir gränsen för PORROS operation: 1) Graviditet i rudimentärt uterushorn; 2) osteomalaci; 3) ärratresier i cervix och vagina under vissa vilkor; 4) karcinom i cervix och vagina; 5) atoni i uterus p. sect. cæs.; 6) inf. af genitalkanalen.

*L. Paijkull.*

K. G. LENNANDER: **Tre fall af placenta prævia. Ett fall af dessa med varbildning i symfysis oss. bubis.** Upsala läkareför. förhandl., bd 25, s. 230—249.

Det i titeln sist omnämnda fallet refereras först, hvarvid anmärkes, att redan kvällen efter förlossningen feber inträdde, och att slutligen stark ömhet uppstod öfver symfyssen. Efter någon tid öppnades en abscess under högra glut. maximus, och en vecka senare gjordes incision i linea alba ofvanför symfyssen, hvarvid man fann en barnhufvudstor, stinkande abscess med nekrotiska bitar af ben och brosk. Normal rekonvalescens. 1½ år senare befans vid undersökning bäckenringen fast hopfogad, och hon hade inga olägenheter af operationen. I detta fall kan ej påstås, att den vid operationen funna diastasen skett vid fosterextraktionen som försiggick utan våld. Härför talar ock frånvaro af ileosakrala bristningar. — Förf. anför fallet för att påpeka betydelsen af tidig operation och af undersökning af bäckenfogarna vid feber, då ju enligt DÜHRSEN abscess i symfyssen skall vara quoad vitam ogynsam. Infektion af symfyssen kan vara orsakad af 1) puerperal pyemi, 2) bristningar i vulva o. s. v. och fortledning, 3) tuberkulos. DÜHRSENS statistik refereras.

Det andra fallet anföres egentligen för att få tillfälle att framhålla koksaltinfusionens stora betydelse vid starka blödningar.

Det tredje fallet refereras, emedan graviditeten gick ostörd till slut trots blödningar, och både moder och barn räddades.

*L. Paijkull.*

LINCOLN PAJKULL: **Om albuminuri hos nyförlösta kvinnor.** Upsala läkareför. förhandl., bd 30, s. 41.

Vid undersökning af urinprof, hvilka under nödiga försiktighetsmått uppsamlats från kvinnor omedelbart efter avslutad förlossning, har förf. angående den albuminuri frekvens kommit till resultat, som väsentligt skilja sig från ur tidigare undersökningar framgångna. Han fann nämligen vid regelrätt handhavande af det Hellerska profvet *alla* de af honom pröfvade 110 urinprofven ägghvitehaltiga. Anledningen till att andra undersökare funnit denna albuminuri vida mindre frekvent anser förf. ligga däruti, att dessa icke förstått att lege artis umgås med det i sig själf så enkla Hellerska profvet, hvarigenom utslag för ägghvita ofta undgått uppmärksamheten.

Beträffande ägghvitas kvalitet framgick af 30 i detta hänseende pröfvade fall, att i *alla* dessa fall *nukleoalbumin* förefans, men att 12 urinprof *därjämte* innehöllo *annan* ägghvita.

Äfven cylindrar har förf. vid användning af centrifug. funnit mycket allmänt förekomma: uti 38 af i detta hänseende undersökta 80 fall.

*Carl Th. Mörner.*

K. G. LENNANDER: **Fall af pyosalpinx. Bidrag till den operativa behandlingen.** Från kir. kliniken i Upsala. Upsala läkareför. förhandl., bd 28, s. 575.

Innehåller epikritisk redogörelse med sjukhistorier för 5 operativa fall, af hvilka de 4 utförts med användande af den »sakrala» metoden, utan att förf. i literaturen funnit meddelande om denna metods användning för operation af ofvanskrifna sjukdom. Hans tillvägagående hvilar på principen att tömma varet ginaste vägen samt exstirpera dess i säckarna själfva liggande härdar. Första operationen i aug. 1892. Två gånger HOCHENEGGS modifikation af KRASKE-HOCHENEGG: exstirpation af os coccygis och klyfning af vagina och perineum. I det ena af dessa fall med lång och trång vagina hade nog laparotomi varit att föredra, men i det andra med vid vagina lemnade metoden utmärkt plats. Två gånger resektion efter KRASKE-HOCHENEGG och SCHLANGE opererade fallet, där på grund af befintlig gonorrhé, den diagnost. pyosalpinx refererades till denna källa, men befans vara tuberkulös) 41 dygn efter operation af miliar tuberkulos i buken. Den högt liggande öfversta delen af bögra tuban hade ej nåtts. Slutligen har ett fall af dubbelsidig pyosalpinx med ovarialabscess lyckligt opererats med snitt längs ligam. Poupartii, afmejsling af symfyssen i riktning af fästet för m. rect. abd. och incision i lin. alba 8 cm. uppåt, hvarefter i måttligt bäckenhögläge de ur bäckenet lyftade tarmarna med gas kunde separeras från operationsfältet. Faran för bukbräck ej stor, blott ligam. Poup. följes.

Förf. sammanställer i följande indikationer sina åsikter: Vid kort, vid vagina och lågt liggande abscesser opereras pyosalpinx och ovarialabscessen bäst med klyfning af vagina och exstirpation af coccyx. (HOCHENEGG). Ligga adnexer högre (ej öfver promontorium) resecceras sacrum, helst temporärt (KRASKE, HOCHENEGG, SCHLANGE) »Knickung»

af rectum undvikes med RHEN-RYDYGERS och SCHLANGES föroperationer. Olägenheter vid dessa operationer ej nämnvärda. Ligga varsäckarna öfver bäckeningången, göres laparotomi med tanken på att undvika bukbräck. Äfven genom vagina kan man ha fördel att exstirpera tub. Förf. har så gjort 2 gånger, men omnämner ej indikationen.

Sist sjuk- och operationsberättelser.

*L. Paijkull.*

**L. KRAFT: Ovariotomi på en 84 $\frac{1}{3}$ -årig Kvinde med heldigt Udfald.**  
Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1227.

Meddelelse om en af Prof. STUDSGAARD opereret Kvinde, der havde haft sin Svulst i 7 År; i sidste halve År havde hun holdt Sängen på Grund af Ulderlivets Störrelse. Det var en enrummet Ovariekyste med 4000 Kcm. klart Indhold. Operationen varede i 20 Minutter, og hun var oppe den 8de Dag. Hun befinder sig nu, 11 Måneder efter det operative Indgreb, fullständig vel og kan gå lange Ture.

*Kr. Poulsen.*

---

**Pædiatrik: ADSESEN: Hovedomfang hos Börn.**

ADSESEN: **Hovedomfang hos Börn.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 5, S. 578.

Forf. har i Marthahjemmets Poliklinik taget 1841 Mål af Hovedomfanget hos 1468 Börn, 727 Drengar och 741 Piger, och meddeler Översigt öfver Resultaterna heraf, der i det väsentlige stemme med och bekräftar tidigare Målinger. Af störste Interesse er jo den starke Växt i det förste År, och särilg det förste Halvår, sammenlignet med den senere Barnealder. End vidare omtales Exempler på patologiske Forhold.

*G. G. Stage.*

**Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:** N. R. FINSEN: Hämatin-Albumin. — ED. SCHÄR: Ueber die alkaloidähnlichen Reaktionen des Acetanilides. — CARL TH. MÖRNER: Om kresol som antisepticum. — C. G. SANTESSON: Versuche über die Nervenendwirkung metbylirter Pyridin-, Chinolin-, Isochinolin- und Thalinverbindungen. — C. G. SANTESSON: Einige Bemerkungen über die Nervenendwirkung von Brucin und Strychnin. — SAUGMANN: Om Oprettelseu af et dansk Sanatorium for brystsyge. — LÜTZHÖFF: Om Beliggenheden af et dansk Ftisis-Sanatorium. — SÖREN HANSEN: Om et dansk Sanatorium for brystsyge. — SCHEPELERN: Bidrag til Diskussionen om Oprettelse af et dansk Sanatorium for brystsyge. — FRIEDENREICH: Notiser fra nogle Kuraustalter i Sverige.

N. R. FINSEN: **Hämatin-Albumin.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 1, s. 1204.

F. anbefaler et af törrede Blodalbuminstoffer (÷ Fibrin) bestående järnholdigt Albuminpräparat som Närings- og Lægemedel. Det fremstilles efter F:s Anvisning af Apoteker A. BENZON og er billigere end de tyske Präparater. Det er et fint, brunrødt Pulver, der er fuldstændigt holdbart, uden Lugt eller Smag. Overläge RASMUSSEN-HALK anbefaler efter Forsög Midlet som Närings- og Järnmiddel (Klorose, sekundäre Anämier o. s. v.). Det er let at tage og tåles godt. Dosis har väret 1—2 Teskefulde 3 Gange daglig i Vand eller Mälk (efter Måltiderne). — 1 Pund Hämatin-Albumin indeholder Albuminstofferne af 6 Pund Blod.

*Chr. Gram.*

ED. SCHÄR: **Ueber die alkaloidähnlichen Reaktionen des Acetanilides.**

Arch. d. Pharm., bd 222, h. 4. Berlin 1894. Ref. af M. ELFSTRAND. Upsala läkareför. förbandl., bd 30, s. 121.

S. uppvisar öfverensstämmelsen mellan de färgreaktioner, som tillkomma, å ena sidan acetaniliden (antifebrin), å andra sidan alkaloider, sådana som stryknin och morfin, samt varnar i anledning däraf för förväxling vid rättskemisk undersökning. Särskildt markerar förf. de reaktioner, med hvilkas tillhjälp det är i hvarje fall möjligt att afgöra, huruvida endast antifebrin eller någon ur rättskemisk synpunkt viktig alkaloid föreligger.

*Carl Th. Mörner.*

CARL TH. MÖRNER: **Om kresol som antisepticum.** Upsala läkareför. förbandl., bd 30, s. 118.

Utgör en kort öfversikt öfver kresolpreparaternas tillkomst, hvarvid särskildt betonas, att försöken att såsom sårantisepticum ersätta den giftiga karbolsyran med ren kresol endast gradvis kröntes med framgång, beroende på tekniska svårigheter vid kresolens rektificering. Som förelöpare till det helt nyligen i handeln tillgängliga rena kresolpreparatet *trikresol* förekomma sedan 6—7 år tillbaka ett stort antal mer eller mindre orena, till sammansättningen af fabrikanten henlighållna kresolberedningar, såsom t. ex. *kreolin* och *lysol*.

*Carl Th. Mörner.*



- C. G. SANTESSON: **Versuche über die Nervenendwirkung methylierter Pyridin-, Chinolin-, Isochinolin- und Thalinverbindungen.** Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Leipzig. Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmakol., bd XXXV (1894), S. 23—56, mit 9 Abbildungen.

Efter några inledande reflektioner öfver kurareverkans väsen samt en kort öfversikt af de hittills kända kurareverkande substanserna öfvergår förf. till en framställning af den metod (»Methode der Ermüdungsreihen»), som af BÈHM i Leipzig angifvits för att mäta intensiteten af ett ämnes kurareverkan, och som består däri, att man bestämmer, efter huru många ryckningar ett nervmuskelpreparat (af groda) vid retning från nerven med enstaka induktionsslag — ett hvarannan sekund — upphör att reagera, då djuret en viss tid förut förgiftats med en bestämd dos af ett kurareverkande gift. Metoden hvilat på det förhållandet, att nämnda gifter, innan de upphäfvat de motoriska nervändapparaternas i musklerna retbarhet, så förändra dessa, att de blifva vida förr uttröttade än normalt. Genom att efter denna metod jämföra verkan af de olika gifterna, kunna relativa mått på deras verkningsintensitet erhållas. Häraf kunna sedan slutsatser dragas med afscende på relationen mellan de undersökta kropparnas kemiska byggnad och styrkan af deras kurareverkan samt därigenom bidrag lemnas till lösande af frågan om, hvilka konstitutionsförhållanden som betinga i fråga varande substansers kurareverkan.

Med användande af den nämnda metoden har förf. anställt en jämförande undersökning öfver kurareverkans intensitet hos metylerade klorhydrat af pyridin, kinolin, isokinolin och thallin samt funnit, att nämnda verkan är svagast framträdande hos pyridin-, starkast hos thallinföreningen; den relativa styrkan (af starkt och maximalt verkande doser) kan ungefärligen betecknas med talen 1 : 2,5 : 3,75 : 25. De doser af dessa gifter, som framkalla svag och minimal verkan, skilja sig både absolut och relativt vida mindre från hvarandra. Dessa minimaldosor måste hos det svagaste giftet (pyridinföreningen) tudubblas för ernående af maximal verkan, hos det starkaste (thallinföreningen) blott fördubblas. Verkningsintensiteten vid stigande doser ökas först snabt, sedan allt långsammare till maximum: de motoriska nervändapparaterna bibehålla med en viss seghet de sista spåren af retbarhet.

*Författaren.*

- C. G. SANTESSON: **Einige Bemerkungen über die Nervenendwirkung von Brucin und Strychnin.** Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Leipzig. Archiv f. exper. Pathol. und Pharmakol. bd XXXV (1894), S. 57—68, mit 1 Abbildung.

Medels i föregående referat omnämnda metod har förf. jämfört intensiteten af strykninets och brucinets kurareverkan hos de båda vid experiment mest brukade grodarterna, rana esculenta och r. temporaria. Härvid framträdde skarpt den förut kända olikheten i reaktion mellan arterna likasom ock intensitetsskilnaden i de båda giftens kurareverkan. Hos esculentor fås maximal kurareverkan med brucin i omkring 2,5 gånger mindre doser än med stryknin; i fråga om medelstark effekt visar sig brucinet relativt ännu verksammare. Hos temporarier



framkallas maximal effekt med bruein i obetydligt mindre dos än med stryknin (0,88 : 1); medelstark verkan åter ges af stryknin i flere (omkring 5) gånger mindre doser än af bruein. Denna egendomliga omkastning orsakas antagligen af den preparationen föregående stryknin-krampens tröttande inflytande på nervändapparaterna. — Jämföres åter de båda giftens inflytande på de olika grodarterna, finner man, att — i fråga om maximeffekt — brueinet verkar omkring 25 gånger och strykninet 10—12 gånger intensivare hos esculentor än hos temporarier. Den betydliga olikheten i kurareverkans intensitet såväl af stryknin som särskildt af bruein hos de båda grodarterna förklarar, hvarför man hos esculenta med bruein ej als erhåller någon kramp, med stryknin vanligen blott ett kortvarigt krampstadium, under det att hos temporaria båda giften — men särdeles strykninet — alstra starkare och långvarigare krampsymptom.

*Författaren.*

**SAUGMANN. Om Oprettelsen af et dansk Sanatorium for brystsyge.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 1, S. 1104.

**LÜTZHÖFT: Om Beliggenheden af et dansk Ftisis-Sanatorium.** S. St., S. 1185.

**SÖREN HANSEN: Om et dansk Sanatorium for brystsyge.** S. St., S. 1207.

**SCHPELERN: Bidrag til Diskussionen om Oprettelse af et dansk Sanatorium for brystsyge.** S. St., R. 6, S. 12.

SAUGMANN anbefaler lukkede Ftisishospitaler efter personlig Erfaring om Nytten af sådanne og mener, at de meteorologisk-klimatiska Betingelser for Oprettelsen af et sådant Sanatorium findes i Danmark; han mener, at en skovbevöxt, bakket Kyststräkning särilg vil egne sig hertil og diskuterer närmere, hvor i Danmark en passende sådan kan findes.

De övriga Författare ere alle enige med S. i at anbefale Oprettelsen af et sådant Hospital, ligesom de også stötte ham i at foretrække en träbevöxt, bakket Kyststräkning til Anläget. Derimod er der nogen Divergens med Hensyn til den Egn, som bör foretrakkes.

*F. Levison.*

**FRIEDENREICH: Notitser fra nogle Kuranstalter i Sverige.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1069, 1117, 1131, 1168, 1199.

Rejsebrev fra Kuranstalter i Sverige, hvis forskelliga Fortrin omtales og vejes, särilg med Hensyn på danske Patienters Tarv.

*F. Levison.*

**Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:** O. M. GIERSING: Den offentlige Prostitutions Afskaffelse i vore Köbstäder.

O. M. GIERSING: **Den offentlige Prostitutions Afskaffelse i vore Köbstäder.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1232

En Abolitionists sädvanlige Omgangsmåde mod Talstørrelser. Han drager dog kun den Slutning, at Ophævelsen af Prostitutionen i de omhandlede Köbstäder aldeles ikke har bidraget til at forøge Antallet af de veneriske Sygdomme.

*R. Bergh.*

**Berättelser från sjukvårdsanstalter:** K. G. LENNANDER: Rapport öfver operationer utförda å Akad. sjukhuset i Upsala år 1892 och såsom tillägg därtill K. G. LENNANDER: Den aseptiska sårbehandlingen vid den kirurgiska kliniken i Upsala. — W. HOLM: Femårsberetning for Kuranstalten Tandem.

K. G. LENNANDER: **Rapport öfver operationer utförda å Akad. sjukhuset i Upsala år 1892** och såsom tillägg därtill

K. G. LENNANDER: **Den aseptiska sårbehandlingen vid den kirurgiska kliniken i Upsala.**

Förf. började redan hösten 1888 att införa denna behandlings principer genom att för sårtorkning blott använda gaskompresser, som legat i sublimat men före operationen urkokades, och sedan sommaren 1889 har aldrig antiseptik användts vid laparotomier, och från hösten 1890 har alla operationer utförts aseptiskt. Förf. redogör nu efter hvartannat för de sätt, hvarpå alla slags operationsutensilier steriliseras och förvaras samt delvis i öfrigt beredas, såsom t. ex. jodoformgas, och han omnämner, huru patienterna och personalen desinfekteras. Om förhållandet i operationsrummen nämnas några ord. Alla steriliserade apparater stå inne i operationssalen.

Hvad beträffar operationen, så går den ut på att minst möjligt reta väfnaden. Jodoformtamponad och sekundära suturer användas mycket. Såret fuktas oupphörligt med koksaltlösning. Närmast det samma ofta jodoformgas, dermatol på såränderna; dränage undvikes; steril gas, »Zellstoffwatte» eller kuddar med mossor eller torfnull. Förbandet täcks med hydrofob vadd.

Äfven vid infekterad väfnad användes aseptiskt förfarande, men att de vid alla dylika skulle lemnas å sido, kommer naturligtvis lika litet i fråga som att doktrinärt utelämnas den under alla förhållanden äfven vid aseptiskt tillvägagående.

*L. Paijkull.*

W. HOLM: **Femårsberetning for Kuranstalten Tandem.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1894, S. 1184—1189.

I de 5 År Dr. HOLMS Kuranstalt har været i Virksomhed har der i samme været optaget 36 Patienter, hvoraf 30 rene Alkoholister, 3 havde også været henfaldne til Morfin og Opium, 1 væsentlig til Opium, 1 var ren Morfinist, 1 Morfinist, Kokaïnist og Kloralist. Af de rene Alkoholister var 11 helbredede (37 %), 6 bedrede (20 %), 13 uhelbredede (40 %); af de øvrige 6 var 3 helbredede. Opholdet varierede fra 1½ til over 18 Måneder. Af Vanedrikkere mener Forf. at der gives 2 Slags: sådanne, der drikke af Letsindighed uden Tanke om, at det er galt, og sådanne, der må vedblive, skönt de har en stærk Følelse af, at det er galt. De fleste helbredede falder på dem, hvis Ophold på Anstalten strækker sig til 9 Måneder og derover. — Efter Forfs Erfaring gives der intet specifikt Lægemiddel mod Alkoholismen. Det væsentligste Middel er Totalafhold foruden daglig Omsorg for det syge Legeme og den syge Sjæl. Som Hjælpemidler har han ved sin Anstalt forskellige Slags Bade, flere Slags Værksteder, Have- og Markarbejde, Vedhugning og Vedsagning.

Belægget er stadig voxet; i hans Anstalt, der fra Begyndelsen rummede 5 Patienter, er der nu Plads til 11.

*Halfdan Hopstock.*

**Militär hälsovård:** SOPHUS MEYER: Nogle Betragtninger over Regulativ for Bedømmelsen af de værnepligtiges Dygtighed til Krigstjænesten. — H. LAUB: I Anledning af Korpslæge, Dr. SOPHUS MEYERS Betragtninger over Regulativet for Bedømmelsen af de værnepligtiges Tjænestedygtighed. — S. MEYER: Fornödent Svar til Hr. Overlæge LAUB. — H. LAUB: Slutningsbemærkninger til Korpslæge MEYER. — S. MEYER: Bemærkninger til ovenstående. — AD. LEVY: Reddgørelse for Virksomheden ved Københavns Garnisonssygehus's Klinik for Öre-, Næse- og Svælg sygdomme i Treåret 1891—93.

SOPHUS MEYER: **Nogle Betragtninger over Regulativ for Bedømmelsen af de værnepligtiges Dygtighed til Krigstjænesten.** Ugeskr. for Læger, R. 5, Bd 1, S. 1086.

H. LAUB: **I Anledning af Korpslæge, Dr. Sophus Meyers Betragtninger over Regulativet for Bedømmelsen af de værnepligtiges Tjænestedygtighed.** S. St., S. 1141.

S. MEYER: **Fornödent Svar til Hr. Overlæge Laub.** S. St., S. 1165.

H. LAUB: **Slutningsbemærkninger til Korpslæge Meyer.** S. St., S. 1187.

S. MEYER: **Bemærkninger til ovenstående.** S. St., S. 1187.

En Diskussion om forskellige Enkeltheder i det nævnte, under 24de Avgust 1894 udfærdigede Regulativ.

*Joh. Möller.*

AD. LEVY: Redegørelse for Virksomheden ved Københavns Garnisons-sygehus's Klinik for Øre-, Næse- og Svælgsygdomme i Treåret 1891—93. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1061, 1095, 1141.

Kliniken har i de tre År været besøgt af 2466 Patienter, hvoraf de 1699 behandlede ambulatorisk, medens de 767 vare indlagte på den stationære Klinik.

*Schmiegelow.*



## Comptes-rendus du traités

publiés au

Tome XXVII, Nos 8 et 9.

### N° 7.

Le compte-rendu sera donné dans une prochaine N°.

### N° 8.

ANDERS HANSSON: De l'excision du spina-bifida.

Après avoir fait l'exposé succinct des théories modernes sur la pathogénie, l'embryologie, l'anatomie pathologique et les symptômes de ce vice de conformation, l'auteur décrit le procédé opératoire qui a été inventé, il y a plusieurs années, par M. le professeur JOHN BERG à Stockholm, et pratiqué par lui-même ainsi que par divers chirurgiens suédois dans un certain nombre de cas.

La méthode de BERG consiste essentiellement dans l'excision de deux lambeaux latéraux des parties épithélioséreuses de la tumeur, tout en conservant, d'une manière systématique, toutes les parties nerveuses qui peuvent se trouver dans l'intérieur de celle-ci. Le procédé à suivre est donc: d'abord, de pratiquer une incision dans une partie saine de l'intégument de la tumeur; puis de faire jusqu'à la base la dissection de deux lambeaux latéraux (afin d'obtenir des parties suffisantes pour l'occlusion définitive), sans ouvrir l'intérieur de la tumeur; de laisser ensuite s'écouler très lentement le liquide contenu dans le sac, et enfin d'examiner l'intérieur.

S'il s'agit d'une méningocèle simple sans parties nerveuses, ligature simple de la base, excision et suture des lambeaux cutanés. S'il s'agit d'une myéloméningocèle, l'incision exploratrice doit être étendue de manière à faire deux incisions courbées, l'une au bord de l'aire médullovasculaire, l'autre un peu plus latéralement, suivant les circonstances, autour de la zone épithélioséreuse, et à disséquer les nerfs adhérents aux parois. Après avoir procédé de la même manière de l'autre côté de la tumeur, on laisse l'aire en continuité, non-seulement avec les parties normales de la moelle épinière situées céphaliquement et caudalement par rapport au spina-bifida, mais aussi avec les nerfs plus ou moins normalement développés qui partent de cette aire. L'aire et les nerfs, respectés de la sorte, sont replacés dans le canal rachidien, et les lambeaux cutanés latéraux sont suturés.

S'il s'agit d'une myélocystocèle ou d'une myélocystoméningocèle, un procédé à peu près analogue au précédent doit être à même de recouvrir de la peau saine la tumeur dans toute son étendue.

Que l'opération soit suivie de récurrence ou d'hydrocéphalie etc., ou non, le but essentiel de l'intervention est en tout cas atteint: couvrir par la peau la partie nue de la moelle épinière.

Mr HANSSON a fait l'analyse de tous les cas de spina-bifida traités par l'excision, *sensu strictiori*, pendant la période antiseptique. Il en a pu réunir un nombre de 150, tirés de la littérature chirurgicale appartenant à la période mentionnée. Dans cette collection, l'auteur évalue à 27 % la mortalité de l'intervention sanglante. Pour conclusion, l'auteur établit une comparaison parallèle entre les divers procédés de traitement du spina-bifida, en démontrant les avantages de la méthode sanglante, et la supériorité de celle de Mr JOHN BERG.

### N° 9.

#### FR. HOWITZ: Notes sur la chirurgie rénale.

Mr HOWITZ a décrit une nouvelle méthode de néphropexie, dont il s'est servi dans six cas de reins flottants. Jusqu'à 1893, l'auteur a opéré le rein flottant de la façon ordinaire, en fixant le rein à la paroi postérieure de l'abdomen. Mais il a observé que, bien que le rein restât en contact avec l'endroit où il avait été fixé par l'opération, les inconvénients restèrent presque les mêmes qu'avant l'opération. La raison en est que la cicatrice est tirée par le rein et le suit dans ses migrations, de sorte que l'on voit le rein, quoique fixé, faire des excursions assez grandes, et une excavation se produire dans la région lombaire. Les chirurgiens ont, pour éviter ce tiraillement, fixé le rein à la dernière côte; or, celle-ci est, selon Mr HOWITZ, aussi trop mobile, et il préfère fixer le rein aux apophyses transverses des vertèbres lombaires, qui sont absolument immobiles. L'opération est facile à pratiquer, et elle a réussi dans tous les cas. L'auteur emploie 2 ou 3 sutures de fil de Florence pour fixer le rein, et il les enlève 14—21 jours après l'opération.

Mr HOWITZ communique un cas d'hydronephrose chez un garçon de 15 ans. Le malade souffrait depuis sa huitième année de coliques rénales; la tumeur était de la grosseur d'une tête d'enfant. Quinze jours après une aspiration de la tumeur, celle-ci avait acquis de nouveau la même grandeur qu'avant l'aspiration. Tout était préparé pour une opération définitive, quand trois pierres rénales passèrent par l'urèthre, et la tumeur disparut complètement. Mr HOWITZ a vu parfois une hydronephrose disparaître définitivement après une ou deux aspirations, mais sans avoir observé de passage de pierres. Il croit qu'il sera toujours indiqué dans les cas d'hydronephrose de commencer par des aspirations avant de procéder à une extirpation.

## Weitere Versuche mit der Behandlung mit Wärme.

Von

Dr. EDVARD WELANDER

in Stockholm.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft schwedischer Ärzte am  
den 18. December 1894.)

---

Auf dem zweiten internationalen dermatologischen Congress zu Wien im Jahre 1892 theilte ich mit, dass es mir durch örtliche Anwendung von Wärme (ungefähr 41° C.) während 48 Stunden gelungen war, die Virulenz in weichen Chankergeschwüren zu vernichten. Im Jahre 1893 berichtete ich in Nord. med. Arkiv (Versuche, weiche Chanker mittelst Wärme zu behandeln) näher über 140 Fälle von weichem Chanker und 22 Fälle von virulenten Bubonen, die ich in dieser Weise behandelt hatte. Das Ergebniss war äusserst günstig gewesen. Eine Ungelegenheit zeigte sich jedoch bei der Anwendung der Methode insofern, als eine recht grosse Aufmerksamkeit erforderlich war, um die Temperatur in den Geschwüren constant bei ungefähr 41° C. erhalten zu können, ungeachtet ich mir später einen viel besseren Apparat als den in meinem ersten Aufsatz beschriebenen angeschafft hatte. Da ich nun betreffs der Vorzüge dieser Methode vor anderen Behandlungsweisen des weichen Chankers eine noch grössere Erfahrung gewonnen habe, und da es jetzt dem Candidaten der Medicin E. BERLIEN geglückt ist, einen selbstregulirenden Apparat — Hydrothermostat — zu construiren, mittelst welchem man, wenn dieses erforderlich sein sollte, die Wärme an

den Stellen, wo sie angewendet wird, Wochen hindurch bei einem bestimmten Grade erhalten kann, so scheint es mir nicht unzweckmässig zu sein, hier in Kürze über die günstigen Resultate zu berichten, die ich mit dieser Methode fortfahrend erreiche.

Meine Erfahrung ist ganz dieselbe wie früher. In den allermeisten Fällen sind die Geschwüre nach 48 Stunden völlig ein; sollte es jedoch zuweilen einmal vorkommen, z. B. wenn ein Patient eine Menge Geschwüre gehabt hat, dass in einem Geschwüre die Virulenz nach dieser Zeit noch nicht völlig vernichtet ist, oder wenn der Patient ein grösseres unterminirtes Geschwür oder einen grossen virulenten Bubonen gehabt hat, dass eine Stelle dieses Geschwüres oder dieses Bubonen noch verdächtig aussieht, so thut man klug daran, mit der Behandlung noch 24 oder 48 Stunden fortzusetzen, weil es sonst geschehen könnte, dass man später genöthigt wäre, die Wärmebehandlung von neuem in Anwendung zu bringen.

Bei der Behandlung eines virulenten Bubonen, oder weicher Chankergeschwüre die an den Geschlechtstheilen des Weibes oder an einer anderen Stelle des Körpers, z. B. in der Analöffnung ihren Sitz haben, muss man selbstverständlich die bleiernen Röhren, die von ungefähr denselben Dimensionen wie die LEITER'schen Wärmeregulatoren sind, so biegen, dass die Wärme alle Theile des Geschwüres richtig treffen kann. Hierfür ist natürlicherweise einige Erfahrung und Uebung, vor allen aber grosse Genauigkeit der Person erforderlich, welche die Wärmeverbände anlegt, was in meiner Abtheilung stets eine Krankenwärterin thut.

Da ich in meinem vorigen Aufsatz über eine Menge von Fällen berichtet habe, werde ich hier nur folgende anführen:

A., hatte, während ihr Mann auf Reisen abwesend war, einen Coitus und zog sich dabei einen weichen Chanker zu. Bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus am  $31/3$  hatte sie seit 14 Tagen ein grosses Chankergeschwür in der Fossa navicularis; sie wurde sofort der Behandlung mit Wärme unterworfen.

Den  $2/4$ : die Patientin bekam heute ihre Menstruation; das Geschwür sah rein aus.

Den  $3/4$ : die Wunde sieht rein aus; die Pat. wird aus dem Krankenhaus entlassen.

Den  $9/4$ : sah heute die Patientin wieder; die Wunde war vollständig geheilt.



*E. L.*, hatte seit drei Wochen Geschwüre um den After. Als sie am  $15/8$  in das Krankenhaus aufgenommen wurde, zeigten sich eine Menge grosse Rhagadchanker in der Analöffnung. Es wurde vom  $16/8$ — $18/8$  Wärme angewendet.

Den  $18/8$ : die Geschwüre sehen rein aus; höre mit der Behandlung mit Wärme auf.

Den  $28/8$ : die Wunden sind zum Theil geheilt.

Den  $17/9$ : die Patientin ist vollständig geheilt; sie wird aus dem Krankenhause entlassen.

(In solchen Fällen empfiehlt es sich, die Analöffnung vor der Auflegung der Wärmeröhren mit Cocainlösung zu bepinseln.)

*K. T.* hatte bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus am  $7/6$  seit 3 Wochen Geschwüre am Penis; es zeigten sich jetzt im sulcus coronarius mehrere unreine Chankergeschwüre, ausserdem ein Furunkel an dem einen Oberarm und ein kleiner Geschwür an dem einen Mittelfinger.

Den  $8/6$ : Wärme auf die Chankergeschwüre am Penis.

Den  $11/6$ : die Geschwüre völlig rein.

Den  $18/6$ : sowohl der Furunkel am Oberarm wie das Geschwür am Mittelfinger hatten angefangen chancrös auszusehen, weshalb mit Eiter aus dem Geschwür am Oberarm eine Inoculation am Bauche gemacht wurde; an der Inoculationsstelle hat sich ein typischer weicher Chanker entwickelt. Heute, am  $18/6$ , wird Wärme sowohl für das Geschwür am Oberarm, wie für das am Finger und für den Inoculationschanker in Anwendung gebracht.

Den  $20/6$ : alle diese Geschwüre sind rein.

Den  $30/6$ : alle Geschwüre sind geheilt. Pat. aus dem Krankenhause entlassen.

Wie ich in meinem vorigen Aufsatz hervorgehoben habe, ist es unbedingt nothwendig, dass die Wärme das eigentliche Geschwür trifft; da nun das Präputium die Wärme nicht in hinreichender Menge durchlässt, habe ich es in Fällen von Phimosis versucht, das Präputium aufzuschneiden und dann die Wärme auf die Geschwüre selbst in Anwendung zu bringen. Dieses geht wohl an, giebt aber keine hinreichend günstigen Resultate, weshalb ich es seit dem Herbst 1893 versucht habe, die Wärme in solchen Fällen in anderer Weise in Anwendung zu bringen. Ich habe einen gewöhnlichen gläsernen Irrigator mittelst eines Kautschukschlauches mit einem ziemlich dünnen, weichen Katheter in Verbindung gesetzt. Der Irrigator, mit Wasser von einer Temperatur von ungefähr  $45^{\circ}$  C. gefüllt, wird ungefähr ein Meter über dem Patienten placirt, der auf einem Stuhle, einem Bidet oder dergl. sitzt.

Hierauf wird der weiche Katheter so weit, wie dieses möglich ist, zwischen die Glans und das Präputium geschoben und dann das Wasser fließen gelassen; wobei der Patient wiederholt die Präputialmündung zudrücken muss, sodass der ganze Präputialraum mit Wasser erfüllt wird und alle seine Theile damit in Berührung kommen. Ungefähr ein Liter warmes Wasser lasse ich in dieser Weise jedes Mal durch den Präputialraum fließen, und dieses wird alle oder alle zwei Stunden wiederholt. Hatte der Patient auch Rhagadchanker am Limbus præputii, so muss er in den Zwischenzeiten den Penis hin und wieder in einen mit warmen Wasser gefüllten Becher halten. Diese Behandlung kann zwar beschwerlich erscheinen; da die Patienten im Krankenhause aber nichts anderes zu thun haben, als sich zu pflegen, so hat dieses nichts zu sagen. Im Krankenhause St. Göran haben wir ausserdem ein besonderes Zimmer, wo stets warmes und kaltes Wasser zu haben ist. In diesem Zimmer müssen die Patienten diese wie alle anderen Behandlungen ausführen, und keiner, der das Bett verlassen kann, darf es im eigentlichen Krankenzimmer thun. Den kleinen mit dieser Behandlung verbundenen Ungelegenheiten soll man wohl keine Bedeutung beilegen, da das Resultat der Behandlung ein sehr günstiges gewesen ist.

Mitunter lässt sich das Präputium schon nach 2—4 Tagen reponiren, doch kann es zuweilen auch 10—12 Tage dauern, ehe dieses der Fall ist. Wenn das Präputium schon nach 2—4 Tagen reponirt werden konnte, hatten die Chankergeschwüre ihre Virulenz noch nicht verloren, und ich habe dann in der Regel die gewöhnliche Behandlung mit Wärme angewendet. In den Fällen dagegen, wo es 8—12 Tage danerte, ehe das Präputium zurückgestreift werden konnte, waren die Chankergeschwüre gewöhnlich rein, mitunter sogar geheilt.

Ich will hier ein paar Beispiele anführen:

A. K. Geschwüre au Penis seit 14 Tagen. Wurde an  $\frac{30}{4}$  in das Krankenhaus aufgenommen und hatte dann Phimosi sammt am Limbus præputii mehrere Rhagadchanker. Ord. warme Ausspülungen.

Den  $\frac{4}{3}$ : das Präputium lässt sich zurückstreifen; an der Innenseite desselben und an der Glans mehrere Chankergeschwüre. Ord. Wärme.

Den  $\frac{7}{5}$ : alle Geschwüre vollkommen rein.

Den  $\frac{16}{5}$ : der Patient geheilt aus dem Krankenhause entlassen.

E. V. hatte seit 3 Wochen Geschwüre am Penis. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus am  $9/\kappa$  hatte er mehrere Chankergeschwüre am Limbus præputii, ansserdem Phimosis. Ord. warme Ausspülungen.

Den  $20/\delta$ : die Vorhaut lässt sich zurückstreifen; alle Geschwüre sind geheilt, ausser einem, welches jedoch rein ist.

Den  $25/\delta$ : der Patient geheilt aus dem Krankenhause entlassen.

In allen anderen Fällen habe ich die Wärme in ganz derselben Weise in Anwendung gebracht, wie ich es in meinem vorigen Aufsatz beschrieben habe. Am meisten nützlich die Behandlung mit Wärme natürlicherweise dann, wenn man die Wärme den Geschwüren continuirlich zuführen kann, in welchem Falle diese Behandlung von einer Wirkung ist, wie keine andere in derselben Zeit. Im Ganzen habe ich jetzt 330 mit weichem Chanker behaftete Personen mit Wärme behandelt. Da die meisten dieser Patienten mehrere solche Geschwüre gehabt haben, beläuft sich die Zahl der von mir mit Wärme behandelten weichen Chanker auf mehr als 2000. Das Ergebniss der Behandlung ist überall das günstigste gewesen.

Unter den Patienten hat diese Behandlungsweise die grösste Anerkennung gefunden, was leider nicht von den Ärzten gesagt werden kann.

Ich habe sagen hören, dass diese Behandlungsmethode überflüssig wäre, da uns gegen den weichen Chanker andere, so ausgezeichnete Mittel zu Gebote stehen, und ebenso hat man es als übertrieben bezeichnet, die Behandlung mit Wärme für alle Chankergeschwüre in Anwendung bringen zu wollen. Ja, es ist zwar nicht die Meinung, jeden Patienten, der sich einen weichen Chanker zugezogen hat, zu zwingen, in das Krankenhaus zu gehen und sich dort dieser Behandlung zu unterwerfen; die Vortheile, die diese Behandlungsweise für die Patienten darbietet, sind aber so gross, dass in dem Masse, in dem sie bei uns mehr und mehr bekannt wird, Patienten auch in günstigen ökonomischen Verhältnissen immer öfter um Aufnahme in das Krankenhaus St. Görän nachsuchen. Man kann es solchen Patienten beinahe mit voller Sicherheit versprechen, dass sie das Krankenhaus, wenn sie sich der Wärmebehandlung unterwerfen, nach zwei, höchstens drei Tagen wieder verlassen können, zwar nicht mit geheilten, aber mit reinen, von Virulenz freien Geschwüren, die dann in der Regel bei der einfachsten Behandlung bald heilen. Vom Januar bis Ende

November 1893 (wo ich eine Statistik über die behandelten Fälle ausarbeitete), haben sich nicht weniger als 22 Personen (die mich im allgemeinen wegen mehreren und grossen Chankergeschwüren consultirten, welche die meisten, trotz anderer Behandlung, schon eine oder mehrere Wochen gehabt hatten), in das Krankenhaus aufnehmen lassen, da ich es ihnen so gut wie sicher versprechen konnte, dass sie dasselbe nach 2—3 Tagen, von dem Chankergifte befreit, wieder würden verlassen können. Mehr als einer von ihnen kam, wenn seine Zeit sehr in Anspruch genommen war, Sonnabend Mittag in das Krankenhaus, um es am darauffolgenden Montag wieder verlassen zu können. Von diesen 22 Patienten sind 10 nach zwei Tagen wieder aus dem Krankenhause entlassen worden, während die übrigen 12, der Sicherheit wegen, einen Tag länger in ihm bleiben mussten, d. h. dasselbe erst nach 3 Tagen verlassen durften. Alle sind sie aus dem Krankenhause mit völlig reinen, von aller Virulenz freien Geschwüren entlassen worden, und die meisten von ihnen habe ich nach einiger Zeit wiedergesehen, wo dann ihre Wunden geheilt waren.

Von welchem Vortheil die Behandlung mit Wärme für diese Patienten gewesen ist, brauche ich nicht erst hervorzuheben. — Aber auch bei anderen Patienten, welche Aufnahme in das Krankenhaus gefunden haben, ist es meiner Ansicht nach Pflicht, diejenige Methode anzuwenden, welche am sichersten und schnellsten zum Ziele führt. Welche Unterschied sich in meiner Abtheilung in dieser Hinsicht zwischen der Behandlung mit Wärme und den gewöhnlichen Methoden findet, die ich früher angewendet habe, geht am besten aus einem Vergleich der Anzahl der Tage hervor, welche die Patienten mit weichen Chankern vor, und welche sie nach der Einführung der Behandlung mit Wärme im Krankenhause St. Görän gepflegt worden sind. Im Jahre 1891 z. B., wo in meiner Abtheilung 55 Fälle von weichem Chanker ohne Complicationen vorkamen, mussten die Patienten im Mittel 26,3 Tage im Krankenhause gepflegt werden, während sie im Jahre 1894, wo vom Januar bis Ende November in meiner Abtheilung 56 Fälle von weichem Chanker ohne Complicationen behandelt wurden, im Mittel nur 7,7 Tage im Krankenhaus gepflegt zu werden brauchten. Sollte man hiervon vielleicht die Fälle abrechnen wollen, wo die Patienten nur 2—3 Tage im Krankenhause behandelt wurden, so kommen auf die übrigen

im Mittel doch nur 11,3 Tage, die sie im Krankenhause gepflegt werden mussten.

Ich brauche nicht hervorzuheben, von welchem Vortheil dieses sowohl für die Patienten, die so bald wie möglich wieder an ihre Arbeit kommen müssen, wie auch für ein solches Krankenhaus wie St. Görán ist, wo diese Patienten nuentgeltlich Pflege erhalten.

Ich will hier noch einen bedeutenden Vortheil der Behandlung mit Wärme hervorheben. Ungeachtet ich nun 330 Fälle von weichem Chanker, darunter eine recht bedeutende Anzahl schwere Fälle mit einer Menge von Geschwüren an verschiedenen Stellen des Körpers mit Wärme behandelt habe, ist auch noch nicht in einem einzigen Falle eine Drüsenanschwellung eingetreten, nachdem die Wärme in Anwendung gekommen war. Ich fordere deshalb auch meine privaten Patienten auf, sich, wenn es ihnen möglich ist, im Krankenhause einer 2—3-tägigen Behandlung mit Wärme zu unterwerfen, weil sie dann von dem Chankergift befreit sind und vor dem Auftreten von Bubonen sicher sein können.

Meine Erfahrung betreffs dieser Behandlungsweise ist nun so gross, dass es Niemand gern als übereilt bezeichnen kann, wenn ich hier über sie dasselbe Urtheil wie in meinem vorigen Aufsätze ausspreche, nämlich dass sie die kräftigste und am schnellsten zum Ziele führende Behandlungsmethode ist, die wir gegenwärtig gegen den weichen Chanker besitzen. Es ist selbstverständlich, dass man, wenn man diese Methode anwenden will, es mit grosser Sorgfalt und in genau derselben Weise thun muss, wie ich es hier beschrieben habe.

In meinem vorigen Aufsatz warf ich die Frage auf: Kann man mit Wärme auch andere Leiden als den weichen Chanker behandeln, welche Frage ich mit ja beantwortete.

Meine Erfahrung in dieser Hinsicht ist dieselbe wie damals. An den Genitalien kommen eine Menge verschiedene Bacterien vor, die, wenn sie in Geschwüre, Excoriationen, Fissuren u. s. w. daselbst gelangen, diese irritiren und entzünden können. Diese Bacterien scheinen bei einer zweitägigen Behandlung mit Wärme zu sterben, denn alle solche Geschwüre u. s. w., die ich mit Wärme behandelt habe, sind, von welcher Beschaffenheit sie auch gewesen sein mögen, nach 2—3 Tagen vollkommen rein gewesen.

So haben sich irritirte Syphilides érosives nach einer ein- bis zweitägigen Behandlung mit Wärme vollkommen rein und in Heilung begriffen gezeigt.

Mucöse Papeln mit stark übelriechender Absonderung sind ebenfalls nach einer Behandlung von ein paar Tagen rein gewesen.

Ein paar mal habe ich auch beobachtet, dass gummöse unreine Geschwüre an verschiedenen Theilen des Körpers nach einer zweitägigen Behandlung mit Wärme vollkommen rein gewesen sind, wovon ich folgendes Beispiel anführen will:

*N. J.* bekam im Jahre 1865 Syphilis. In den letzten Jahren ist er für ein serpiginöses, ulceröses Syphilid mitunter mit Jodkalium behandelt worden. Am 17<sup>3</sup> 1894 wurde er in das Krankenhaus St. Görán aufgenommen; es hatten damals solche Ulcerationen seit Monaten serpiginirt, während sie in der Mitte heilten. Der ganze untere Theil des Bauches war mit Narben von syphilitischen Ulcerationen bedeckt, und der hintere Theil des Penis zeigte sich zum grossen Theil von einer Narbe eingenommen, in deren Rande an den Leistenfalten, am Scrotum und am vorderen Theile des Penis sich tiefe serpiginöse unreine Ulcerationen fanden.

Den 19<sup>3</sup>: mit der Behandlung mit Wärme begonnen.

Den 21<sup>3</sup>: die Geschwüre vollkommen rein; höre mit der Wärme auf und ordinire sofort Jod + Ueberstreichung von Ung. Hydr.

Den 24<sup>3</sup>: die Wunden vollständig in Heilung.

Den 4<sup>4</sup>: die Wunden vollkommen geheilt.

FINGER, GHON und SCHLAGENHAUFER sagen, dass der cultivirte Gonococcus bei einer Temperatur von 39° C. nicht gedeihe und wachse, womit sie einen Theil Verhältnisse erklären wollen. Sie haben es versucht, die Kenntniss hiervon therapeutisch zu verwerthen, indem sie die Gonorrhöe mittelst warmen Wasser zu behandeln suchten, das sie durch die Urethra fliessen liessen. Das Ergebniss war in allen Fällen negativ.

In meinem vorigen Aufsatz habe ich erwähnt, dass sich der gonorrhöische Ausfluss, wenn die Patienten zufällig Gonorrhöe hatten, bei der Behandlung mit Wärme ziemlich bedeutend vermehrte. Dasselbe Verhältniss habe ich auch nachher constatirt. Die Gonorrhöe wird durch die Behandlung mit Wärme nicht gehoben. Ich will hier folgenden Fall anführen, der zugleich zeigt, von welchem Nutzen die Behandlung mit Wärme gegen den weichen Chanker ist.

*K. H.* wurde am 26<sup>10</sup> in das Krankenhaus aufgenommen. Er hatte damals seit drei Wochen Geschwüre am Penis und Gonorrhöe.

Jetzt Phimosis; am Limbus præputii fanden sich mehrere unreine Chankergeschwüre. Ord. warme Auspülungen.

Den <sup>28</sup>/<sub>10</sub>: das Præputium lässt sich heute zurückstreifen, wobei mehrere unreine Chankergeschwüre an der Glans und der Innenseite des Præputiums sichtbar werden. Ord. Behandlung mit Wärme.

Den <sup>30</sup>/<sub>10</sub>: sämtliche Chankergeschwüre vollkommen rein. Höre mit der Behandlung mit Wärme auf.

Den <sup>9</sup>/<sub>11</sub>: alle Chankerwunden geheilt; die Gonorrhöe nicht gehoben. Gonococcen noch immer vorhanden.

Den <sup>17</sup>/<sub>11</sub>: nach Anwendung der JANET'schen Methode während einiger Tage der Patient gesund aus dem Krankenhause entlassen.

Zu therapeutischen Zwecken ist also meine Wärmebehandlung gegen die Gonorrhöe nicht anwendbar. Trotzdem bei einer solchen Behandlung die Temperatur in der Urethra ungefähr 40,2° C. beträgt und die Urethra diesem Wärmegrad 48 Stunden hindurch ausgesetzt ist, besteht die Gonorrhöe fort. Dieses kann ja möglicherweise zum grossen Theil darauf beruhen, dass es nur die Pars pendula ist, die bis zu diesem Grade erwärmt wird.

Ich habe Gelegenheit gehabt, die Wärmebehandlung auch in einem Falle von Unterschenkelgeschwüren zu prüfen. Der Patient hatte seit 9 Monaten Geschwüre an der Vorderseite des einen Unterbeines. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus fand sich dort ein unreines Ulcus chronicum von ungefähr der Grösse einer flachen Hand. Nach einer 24. stündigen Behandlung mit Wärme war das Geschwür vollkommen rein. Es wurde nun Transplantationen gemacht, und ich liess den Patienten noch 4 Tage unter der Behandlung mit Wärme bleiben (was aber wahrscheinlich zu lange war). Indessen war das Geschwür nach 13 Tagen geheilt. Ich will hier jedoch bemerken, dass der Patient ein 43-jähriger kräftiger Mann war und dass sich an seinem Beine weder Gefäss- noch andere Veränderungen fanden. Natürlicherweise kann man ein solches Resultat nicht bei alten schweren Unterschenkelgeschwüren bei älteren Personen erwarten, wenn ich auch glaube, dass man mittelst der Behandlung mit Wärme die Geschwüre schnell reinigen und eine ziemlich schnelle Granulationsbildung erreichen kann.

Bei Psoriasis mit grossen infiltrirten, schuppigen Hautpartien sind nach einer 24-stündigen Behandlung mit Wärme



alle Schuppen verschwunden und die Haut ist weich. Ich wage es jedoch nicht zu behaupten, dass hierdurch die Zeit der Behandlung verkürzt wird.

In einem Falle von Herpes tonsurans glaube ich von der Behandlung mit Wärme Nutzen gehabt zu haben. Der Fall ist von grossem Interesse, aber nicht so beweisend, dass ich ihn hier veröffentlichen will.

ZINSER hat die Mittheilung gemacht, dass er diese Behandlung mit Wärme (obschon bei höherer Temperatur) gegen Favus angewendet und damit gute Resultate erhalten hat.

Es erscheint mir als sehr wahrscheinlich, dass die Behandlung mit Wärme Aussicht hat, in Zukunft vielleicht gegen mehr als ein Leiden angewendet zu werden. Soll sie jedoch allgemeiner in Anwendung kommen, so ist es nothwendig, dass wir einen Apparat erhalten, mittelst welchem es möglich ist, die Wärme an den Stellen, wo sie angewendet wird, ohne eigentliche Beschwerde constant zu erhalten. Von Gewicht ist es auch, dass ein solcher Apparat, je nachdem er z. B. für einen weichen Chanker oder einen Favus angewendet werden soll, für dessen Behandlung nach ZINSER eine 5—10 höhere Temperatur als für die des weichen Chankers erforderlich ist, für verschiedene Temperaturgrade eingestellt werden kann.

Der Candidat der Medicin E. BERLIEN hat nun einen solchen selbstregulirenden Apparat construirt. Wir haben denselben Wochen, ja Monate hindurch bei der Behandlung des weichen Chankers geprüft und dabei gefunden, dass er die Temperatur constant hält und allen den Ansprüchen genügt, die man an einen solchen Apparat mit Fug stellen kann.

Ich verweise hier auf Herr BERLIENS Beschreibung seines Apparates.





## Ein Apparat für constante locale Wärme (Hydrothermostat).

Von

EDV. BERLIEN.

Mit 2 Abbildungen.

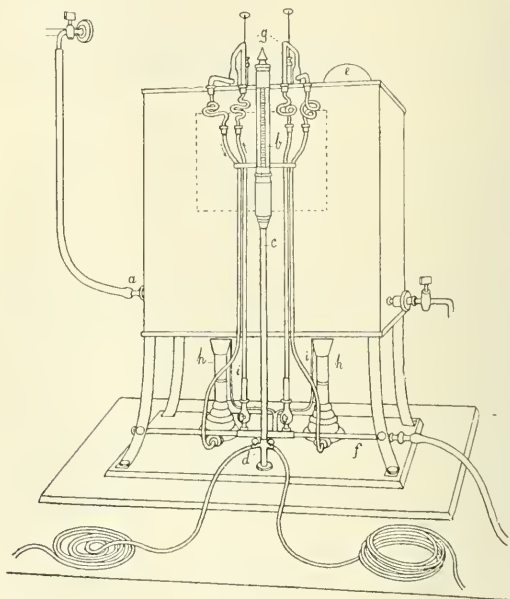
Um constante locale Wärme, zunächst für Dr. WELANDER's Wärmebehandlung beabsichtigt, erzeugen zu können, ist von mir ein Apparat, den ich *Hydrothermostat* benannt habe, construir worden. Wie der Name andeutet, wird als wärmeüberführendes Medium Wasser angewandt.

Um seine Aufgabe erfüllen zu können, muss der Apparat einen constanten Strom warmen Wassers von constanter und innerhalb gewisser Grenzen bestimmbarer Temperatur liefern können und mit automatischer Regulirung, sowohl des Zuflusses des Wassers, wie auch der Temperatur des abfließenden Wassers versehen sein.

Der Apparat besteht demnach aus einem Wasserbehälter mit Leitungen für Gas und Wasser und Regulatoren für den Wasserzufluss und die Wärmequelle. Das Wasser hat seinen Zutritt in die Cisterne am Boden derselben direct von der Wasserleitung aus, Fig. 1 *a*, und fließt, bis zu der gewünschten Temperatur erwärmt, die man an einem in der Abflussleitung angebrachten Thermometer, Fig. 1 *b*, ablesen kann, durch eine Leitung nahe seiner Oberfläche ab. Diese Abflussleitung, *c*, endet am Fusse des Apparates mit zwei Ausflusskränen, *d*, von denen Gummischläuche das Wasser nach den Stellen führen, wo es angewendet werden soll.

Die Höhe des Wassers in der Cisterne wird durch ein Schwimmer-Ventil, d. h. einen in die Einströmungsöffnung eingepassten konischen Zapfen, der durch einen Winkelhebel

Fig. 1.

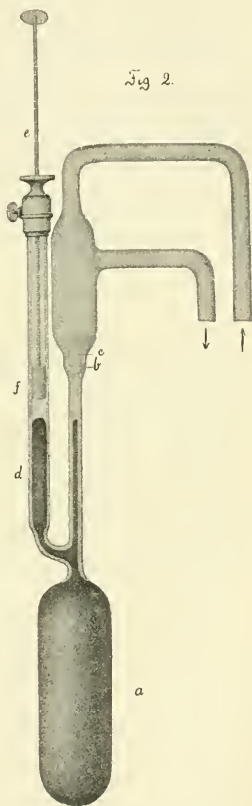


mit einem auf dem Wasser schwimmenden Ballon, *e*, in solcher Weise verbunden ist, dass die Senkung der Wasseroberfläche die Einströmungsöffnung öffnet, ihre Steigung dieselbe schliesst, constant erhalten. Der verticale Hebelarm kann durch eine Schraube verlängert oder verkürzt werden, wodurch die Höhe des Wassers sich nach Belieben reguliren lässt. Dieselbe muss jedoch ein paar Centimeter über dem Rande der Thermometerdöse gehalten werden (siehe unten).

Die Erwärmung geschieht mittelst Leuchtgas, das von einer am Fussgestell festgeschraubten Speiseröhre, *f*, erst zwei in die Cisterne hinabgesenkte Regulatorthermometer, *g*, passieren muss, ehe es in kräftige, unter dem Boden der Cisterne angebrachte Bunsen'sche Brenner, *h*, — einen für jedes Thermometer — geleitet wird. Um die grösste Wärmewirkung zu erhalten, ist der Boden der Cisterne wellig hergestellt und mit einer von ihren Seiten hinabreichenden Leiste umgeben.

Um nur die wärmste Wasserschicht anzuwenden, ist die Auströmungsöffnung von einer nach oben offenen Dose umgeben, deren oberer Rand ein paar Centimeter unter der Oberfläche des Wassers liegt. In dieser Dose befinden sich die Regulatorthermometer, wo sie vor den bei der Erwärmung in der Cisterne auf und niederziehenden Wasserströmen von verschiedener Temperatur geschützt sind.

Zu jedem Brenner gehörte ein Regulatorthermometer. Dieses hat einen ziemlich grossen, länglichen Quecksilber-Behälter, Fig. 2 *a*, von dem eine Thermometer-röhre ausläuft, die durch eine trichterförmige Erweiterung, Fig. 2 *b*, in einen oberen weiteren Theil übergeht, in den eine dünnere, das Gas zuführende Röhre, Fig. 2 *c*, eingeschmolzen ist, welche mit ihrem unteren, scharf abgeschnittenen Ende frei in der trichterförmigen Verengung endet. Der Abstand zwischen der inneren und der äusseren Röhre ist dort mindestens 1 Mm., so dass das Gas unbehindert



in den Raum zwischen den beiden Röhren hinaustreten kann, von wo es nachher in die Brenner geleitet wird. Von dem engeren Theile der Thermometerröhre geht eine communicirende Röhre von grösserem Diameter, Fig. 2 *d*, ab, die oben mit einer Metallfassung versehen ist, durch welche eine Schraube, Fig. 2 *e*, mit schwacher Steigung läuft, mit der man einen an ihrem unteren Ende befestigten, in der Röhre leicht verschiebbaren Elfenbeinstempel, Fig. 2 *f*, heben und senken kann. Diese Schraube und der Stempel können bei der Füllung der Thermometerröhre mit Quecksilber durch eine einfache Vorrichtung leicht abgelöst und emporgehoben werden.

Die Regulatorthermometer sind bei der höchsten Temperatur, die man dem ausströmenden Wasser geben will, und mit so viel Quecksilber zu füllen, dass die Quecksilbersäule bei dieser Temperatur die untere Oeffnung der das Gas zuführenden Röhre tangirt, d. h. den Gaszufluss zum Brenner hemmt.

Ist diese Maximumtemperatur z. B. 60°, so liefert der Apparat einen continüirlichen Strom 60-gradigen Wassers, denn sobald die Temperatur unter 60° sinkt, sinkt auch die Quecksilbersäule, wodurch das Gas freien Zutritt zum Brenner erhält, wo es durch die an ihm angebrachte sogenannte Ewigkeitslampe, Fig. 1 *i*, angezündet wird.

Sollte eine niedrigere Temperatur als diese gewünscht werden, so ist die Quecksilbermenge in der Thermometerröhre, damit sie den Zufluss des Gases in den Brenner hemmen kann, zu vermehren.

Dies geschieht ohne besondere Nachfüllung von Quecksilber dadurch, dass die Quecksilbersäule in der communicirenden Röhre mittelst der Schraube hinabgedrückt wird, bis so viel Quecksilber in das Thermometer hineingepresst ist, dass es bei der gewünschten Temperatur (die bei geöffneten Ausflusskrähnen von dem Thermometer in der Leitung abgelesen wird) den Zufluss des Gases in den Brenner hemmt, also die Gasflamme auslöscht.

Ausser zu diesem Zwecke, muss man sich der Schraube, mitunter auch bedienen, um den Verlust an Quecksilber zu ersetzen, der allmählig durch die Verdampfung desselben an seiner Berührungsfläche mit dem Gase entsteht.

Eine Nachfüllung von Quecksilber ist erforderlich, sobald durch den Stempel kein Quecksilber mehr in das Thermometer

hineingepresst werden kann, was aber nur selten der Fall ist, da die communicirende Röhre einen relativ grossen Diameter erhalten hat.<sup>1)</sup>

Wenn man den Apparat in Gang setzt, erlöschen und zünden sich die Flammen im Anfange in ziemlich raschem Wechsel an, bis nach einer oder ein paar Stunden das Gleichgewicht eintritt, worauf sie ruhig brennen, was sie dann sogar mehrere Tage lang ohne Unterbrechung thun können. Die geringste Störung, z. B. eine Vermehrung oder Verminderung des Wasserabflusses, verursacht jedoch von neuem Schwanken, das aber wieder aufhört, sobald das Gleichgewicht wieder eintritt.

Um zu verhindern, dass die Flamme bei niedrigem Gasdruck sich in dem Cylinder entzündet, sind die Mündungen der Brenner mit einem Netze von Metalldraht versehen, das hin und wieder gereinigt werden muss, um die Ansammlung von Russ in ihm zu vermeiden.

Alle Theile des Apparates können mit Leichtigkeit auseinandergenommen werden, daher seine Reinigung, da die Cisterne auch mit einem Entleerungskrahn versehen ist, keine Schwierigkeiten darbietet.

Der Apparat ist aus vernickeltem Metall gefertigt und von dem Instrumentenmacher STILLE in Stockholm für einen Preis von ungefähr 150 Mark zu beziehen.

---

<sup>1)</sup> Anstatt des Quecksilbers kann man sich auch der Luft als thermometrisches Medium mit Quecksilber als Sperrflüssigkeit bedienen. Der oben beschriebene Regulator hat jedoch bisher so gut functionirt, dass ich mich noch nicht veranlasst gefühlt habe, eine solche Aenderung vorzunehmen.



## Om Underbinding af aa. uterinæ ved fibroma uteri.

(Fra Prof. Howitz's Klinik på Frederiksberg.)

Af

POUL KUHN

i København.

Til Trods for de betydelige Fremskridt, de sidste Årtier have bragt på den operative Gynäkologis Område, er man endnu ikke nået til at opstille faste Regler for Uterinfibromernes Behandling. Man har vaklet mellem et Utal af Behandlingsmetoder, lige fra den uskyldigste medikamentelle til den mest indgribende operative. Hver Gynäkolog har så at sige haft sin egen Metode, som han har anvendt. Nu synes man imidlertid at stræbe hen imod en fælles Behandlingsmåde, nemlig Laparotomien. Det kan ikke nægtes, at den i visse Operatørers Hænder har givet fortrinlige Resultater; men Faren for Patientens Liv er altid tilstede, og selv om Faren er overstået og Patienten befriet for sit Fibrom, så er der dog tilbage den Ulæmpe, at Patienten for Resten af Livet er kønslig Invalid.

Disse Ulæmper ville snart afskrække Operatøren, snart Patientten, og det vil da være godt at have til sin Rådighed endnu et Middel, der ved Siden af at være mindre skæbnesvangert stiller Patienten en varig Helbredelse i Udsigt. Et sådant Middel tro KÜSTNER og GOTTSCHALK at have fundet i Underbindingen af aa. uterinæ.

Vi ville nu se lidt nærmere på Operationen og dens Berettigelse.

Operationen udførtes første Gang af RYDYGIER<sup>1)</sup> 1889; men den fandt ingen Tilhængere, og da KÜSTNER<sup>2)</sup> og GOTTSCHALK<sup>3)</sup> i 1892 atter tog den op, var den vel i Princippet den samme, men i Udførelsen langt enklere. FRANKLIN MARTIN<sup>4)</sup> og BYRON ROBINSON<sup>5)</sup> have, som det synes, uafhængigt af K. og G. foretaget Operationen i Begyndelsen af 1893, men, som vi senere skulle se, i en noget udvidet Form. Den er end videre anvendt af FRITSCH<sup>6)</sup> ved kron. hæmorrhagisk metritis og af BAUMGÄRTNER ved cancer uteri for at stille Bl dningerne.

Her i Landet er Operationen indført af Prof. HOWITZ (1893); efter ham er den, så vidt mig bekendt, kun anvendt af Proff. PAULLI og LEVY.<sup>7)</sup>

Operationen består i en dobbeltsidig Underbinding af aa. uterin e, uden at man samtidig beh ver at åbne Periton alhulen.

Ved denne Operation skulde — og det har hidtil som oftest vist sig at være Tilfældet — Fibromerne helt eller delvis svinde og de ledsagende Blødninger ophøre.

Men hvorledes skal man nu forklare denne Virkning?

Når man mindes, hvor rig en Anastomosedannelse der er mellem Arterierne til genitalia interna, forstår man ikke ret, at en Isk mi, fremkaldt ved Underbinding af aa. uterin e, ikke hurtigt skulde kunne ndj vnes ved et nydannet kollateralt Kredsløb. Imidlertid, vi have gentagne Gange på den synlige Del af uterus bemærket en ret kraftig Virkning af denne Underbinding; collum blev så slap, kølig og bleg, at det n sten s  truende ud; men næste Dag havde collum atter antaget sin naturlige Farve og Konsistens.

Spørgsmålet bliver da: er den således kunstigt fremkaldte Isk mi stærk og langvarig nok til at  ve en blivende retrograd Virkning på Fibromerne og derigennem på deres Hovedsymptom, Bl dningerne?

GOTTSCHALK<sup>8)</sup> har gennem mikroskopiske Studier over Fibromerne i deres Begyndelsesstadium søgt at begrunde Opera-

<sup>1)</sup> Wiener med. Wochenschr. 1890.

<sup>2)</sup> Centralbl. f. Gyn col. 1893, Nr 33.

<sup>3)</sup> Centralbl. f. Gyn col. 1893, Nr 39.

<sup>4)</sup> Amer. Journ. of Obstetr. June 1894.

<sup>5)</sup> New-York med. Journ. 1893, Nov. 4.

<sup>6)</sup> Deutsche Chir., Lief 56. Ref. i Centralbl. f. Gyn col., Nr 13 og 30, 1894.

<sup>7)</sup> Se i  vrigt: Medic.  rsskrift 1894

<sup>8)</sup> Archiv f. Gyn col., Bd 43, H. 3.



tionens Berettigelse. Han har fundet, at Fibromerne dannes om en Slags Kärne, der er et Afsnit af en Arterie, fra hvis Væg Svulstelementerne daune sig og lejres i mere eller mindre koncentrisk Ordning. Herved oblitereres efterhånden Arterien, således at dens forskellige Hinder ikke mere kunne erkendes mikroskopisk; længst holder media sig, let at kende, som den er, med sin cirkulært ordnede Bygning. I det altså GÖTTSCHALK går ud fra, at Fibromerne ere som et Led i det arterielle Kredsløb, drager han herudaf den Slutning, at man må kunne indvirke på dem ved at underbinde den Arterie, der fører til dem. Han påstår tillige, at Fibromer kun opstå i et overernæret Væv. Det synes da rationelt — siger han — ved dobbeltsidig Underbinding at sætte ikke blot uterus, men også selve Svulsten, der jo hører til den arterielle Blodbane, under ugunstige Ernæringsbetingelser. Og selv om a. spermatica int. efter Underbinding af a. uterina overtager Ernæringen af uterus, så er det dog ikke bevist, at Svulsten derved får Ernæringsmateriale nok til sin videre Væxt, ej heller, at selve uterus strax vil komme i den for Fibromet nødvendige overernærede Tilstand.

Denne Forklaring lyder ret sindrigt; men man savner des værre i den Beviset for, at Underbindingens Virkning er blivende. Og dette Bevis får man ikke ved teoretiske Diskussioner; det må overlades den praktiske Erfaring at fælde den afgørende Dom om Operationens Værd.

Inden jeg går over til at tale om Operationens Indikationer, vil jeg med få Ord minde om Forløbet af a. uterina. Den går fra a. hypogastrica i Retningen indad og nedad hen til Kanten af uterus; her sender den strax en større Gren ned mod collum; i det den så — i Højde med orificium int. — bøjer opad, løber den stærkt slangebugtet langs Randen af uterus, imellem Bladene af lig. latum. Omtrent ved tubas Indmundingssted anastomoserer den med a. spermatica; på sin Vej langs uterus har den afgivet talløse Grene til dennes For- og Bagflade. Omtrent  $1\frac{1}{2}$  Cm. fra uterus krydser den ureter, således at Arterien kommer til at ligge forrest; Krydsningsstedet er omtrent i Højde med orificium ext.

Det er vanskeligt at angive nøjagtigt, i hvilke Tilfælde en så ny og lidet prøvet Operation kan komme til Anvendelse; men det synes at fremgå af Materialet, at den vil være indi-

ceret ved intramurale og bredbaserede submuköse Fibromer, der ikke ere over en knyttet Hånds Størrelse, og som give Anledning til stærke Blødninger. FREUND mener endog at måtte medtage de kroniske Metritter, der optræde med vedholdende Blødninger; men hvor vidt Operationen i disse Tilfælde vil være frugtbringende, derom er det på Grundlag af det foreliggende ringe Materiale ikke let at danne sig en Mening.

Som man ser, Operationens Anvendelighed er kun ringe, og hvad der fornemmelig begrænser den, er, at Operationen kun synes at påvirke de Fibromer, der ikke overskride en knyttet Hånds Størrelse. Derimod skader det ikke, at der samtidig er flere Fibromer tilstede; således omtaler GOTTSCHALK et Tilfælde, hvor uterus på Grund af multiple interparietale, indtil åblestore Fibromer havde Størrelse som et Barnehoved. Operationen gav her et ndmærket Resultat.

Hvor vidt dette med Fibromernes Størrelse er af så afgørende Betydning, som GOTTSCHALK mener, må stå for hans Regning. Vist er det imidlertid, at de få Operationer, der ere udførte her hjemme, synes at give ham Ret. I de 4 af 6 Tilfælde på Prof. HOWITZ's Klinik var Svulsten større end en knyttet Hånd, og Operationen påvirkede ikke i nogen kendelig Grad Fibromernes Størrelse.

Om den klimakteriske Alder kan have nogen Indflydelse på Operationens Resultat, tør jeg ikke med Bestemthed udtale mig. Dels er det jo umuligt at angive et bestemt Tidspunkt for Klimakteriets Begyndelse, dels er det langt fra givet, at dets Indtrædelse virker hæmmende på Blødningerne og på Fibromets Væxt. Tvært imod, det ses ofte, at Blødningerne tiltage i Intensitet, lang Tid efter at Kvinden har fyldt sit 50de År. På den anden Side har man måske Lov til at antage, at det plus, Underbindingen giver den senile Involution, kan begunstige Underbindingens Virkning. Af KÜSTNERS Tilfælde var en Patient 47, en anden 53 År; GOTTSCHALK har opereret 2 Kvinder i «Klimakteriet»; hos disse havde Operationen en fortrinlig Virkning, og i et af HOWITZ's Tilfælde, det, der frembyder den bedste Anbefaling for Operationen, var Patienten i 40'erne.

GOTTSCHALK har før og efter Operationen behandlet sine Patienter med secale og umiddelbart forinden Operationen foretaget curettement af Slimhinden. Denne Kombination gør det vanskeligt at fælde en Dom over den Rolle, Underbin-

dingen har spillet i disse Tilfælde, da så vel secale som curettement kan have en forbavsende god Virkning på Blødnin-  
gerne og på Fibromets Væxt. På den anden Side — have de  
nævnte Midler været anvendte og vist sig virkningsløse, kunne  
de ikke frarøve Operationen noget af dens Ære, selv om de  
anvendes samtidig med den.

Hvorledes opsøger og underbinder man nu lettest Stam-  
men af a. uterina?

Som bekendt kan man ved rektovaginal Exploration under  
normale Forhold tydelig føle Pulsationen i a. uterina. Man  
fører Pegefingern i vagina og Mellemfingeren i rectum; ved  
nu at føre Mellemfingeren op over Peritonæalfolden og frem-  
efter mod uterus og den Finger, der er i vagina, vil man føle  
Arteriens ret kraftige Pulsation; føler man den ikke, kan man  
være sikker på, at Forholdene ere abnorme, og Underbindingen  
vil i så Fald medføre Vanskeligheder. — Man må vogte sig  
for at tage Fejl af den ofte ret stærkt pulserende Arterie i  
Loftet af vagina; dog denne føles helt overfladisk i vagina og  
ikke 1—1½ Cm. oppe i Ligamentet.

Operationen er gjort på 3 Måder. Den 1ste, den submu-  
köse Metode, skal jeg ikke opholde mig nærmere ved; den er  
for usikker til, at der kan være Tale om at anvende den.

Den 2den Metode, der er anbefalet af KÜSTNER, og som  
må anses som den kirurgisk nøjagtigste, er følgende: Uterus  
trækkes ned med Krogtang; der lægges et transverselt Snit  
gennem Slimhinden på den øverste Del af portio vaginalis;  
forinden har man med en Sonde markeret vesicæas nederste  
Punkt. Man arbejder sig da op i Bindevævet mellem vesica  
og uterus og vil da under normale Forhold her finde Arterie-  
stammen, der lægges blot og underbindes; til Underbindingen  
kan man anvende Katgut eller Silke. Trådene forsænkes, Såret  
i Slimhinden lukkes; i vagina lægges Jodoformgaze, der fjærnes  
2den til 3dje Dag; Patienten må i den Tid holde Sängen.

Den 3dje Metode består i, at man til Siden for uterus  
anlægger 3 Ligaturer over hinanden; ved disse vil man fatte  
Arterien i Forbindelse med den nederste Tredjedel af Liga-  
mentet.

Det er et Spørgsmål, om man på denne Måde altid kan  
være sikker på at ligere selve Stammen; dels når denne nemlig  
uterus i en forskellig Højde hos de forskellige Individider, dels  
kan den Gren, a. uterina sender nedad, lige før den løber op

langs Uterusranden, netop, når der findes Fibrom og kronisk metritis, hvor Karrene ere dilaterede, nå en så betydelig Tykkelse, at man fejlagtig kan antage den for selve Stammen. Selv om dette ikke sker, vil man dog sikkert handle klogt i at benytte den 2den Metode, der på en ganske anderledes klar Måde lægger Stammen blot.

HOWITZ har ikke fulgt eller dannet sig nogen bestemt Metode. I nogle Tilfælde har han først omstukket med Silke, da klippet så langt, som Ombindingen gik, da omstukket højere op, klippet og således videre, indtil han havde ombundet Arteriestammen. I andre Tilfælde har han først klippet et Stykke af Parametriet, så ombundet dette Stykke o. s. v. I et enkelt Tilfælde har han fulgt den af KÜSTNER anbefalede Metode.

For HOWITZ gælder det at holde sig med Snittet så nær op til uterus som muligt, i det Håb, at Ombindingen så vanskeligere kan nå ureter. Ja, HOWITZ har til mig udtalt den Plan i næste Tilfælde at lade en Skæl af Uterinvæv blive tilbage for yderligere Sikkerheds Skyld, også for Blærens Vedkommende, en Fremgangsmåde, HOWITZ flere Gange med Held har fulgt ved høj Amputation af Cervikalportionen. — HOWITZ har til Underbindingen brugt Fishgut, som han har fjærnet 10de til 17de Dag.

Operationen hører under heldige Forhold ikke til de vanskelige, og dog fordrer den altid en vis kirurgisk Takt og Övelse, om man vil udføre den forsvarligt. Og der er mange Omstændigheder, der hver for sig bidrage til at vanskeliggøre Operationen, og som, når de optræde samtidig, ville kunne umuliggøre dens Udførelse.

Jeg omtalte, at uterus under Operationen må trækkes ned med Krogtang; men undertiden ere Forholdene så abnorme, at dette ikke kan lade sig gøre. Uterus kan f. Ex. være fixeret ved tidligere Betændelser, Fibromet kan være meget stort eller så nheldigt liggende, at der ikke kan være Tale om at få collum så langt frem som nødvendigt. HOWITZ har således en Gang af den Grund måttet opgive Operationen og set sig nødsaget til at gøre Kastration.

Blandt andre Vanskeligheder er der de hyppigt forekommende Varieteter af a. uterina, som det vil være for vidtløftigt her at komme ind på. Jeg nævner kun som den almindeligste Varietet, at Arterien kan være dobbelt.

Ganske fri for Fare er Operationen ej heller; man kan komme til at lādere vesica eller ureter eller komme til at åbne Peritonæalhulen.

Hvad vesica angår, må den, som nævnt, sonderes forinden Operationen; man må navnlig undersøge, om der findes Pøcher til Siderne i den. Det hānder nemlig, at Fibromets Tilstedeværelse bevirker en Drejning af uterus om dens Lāngdeaxe, og er dette — i betydelig Grad — Tilfāldet, følger vesica ofte med. Herved kan der dannes Pøcher, som man kan riskere at åbne. Man har i Retningen af orificium ext. et godt Holdpunkt for, om uterus er drejet; er dens Retning en anden end den sādvanlige, tvārliggende, kan man deraf slutte en lignende Lejeforandring af corpus uteri, og man må da vāre pā sin Post overfor vesica.

Det er blevet sagt, at man under Operationen kan komme til at lādere ureter; dette, tror jeg, er utānkeligt under normale Forhold. Uretererne ville nāppe komme i Operationsfeltet, da de krydse aa. uterinæ omtr.  $1\frac{1}{2}$  Cm. fra uterus og gā ind i Blāren udenfor Sidevæggen af vagina omtr.  $\frac{1}{2}$  Cm. under lacun. later. Selv om Tilhāftningen af uterus til Bagvæggen af vesica er nogenlunde fast, vil en Nedtrākning nāppe kunne fōre ureteres nārmere til nedre Del af corpus uteri; snarere må den fjārne dem yderligere derfra. Desuden vil det i Almindelighed vāre umuligt at forvexle a. uterina med den normalt omtrent dobbelt sā tykke, faste ureter.

Men under abnorme Forhold, f. Ex. nār Uretererne ere fixerede pā Grund af tidligere Parametriter, eller nār Fibromet har forrykket deres naturlige anatomiske Beliggenhed, vil Muligheden for en Lāsion af dem foreligge.

Endelig kan man vāre uheldig og komme til at åbne Peritonæalhulen; opdages dette hurtigt og er Operationen foretagen aseptisk, vil en nōjagtigt anlagt Sutur i Almindelighed kunne hindre videre Ulāmpere.

Jeg skal nu ganske kort meddele de Tilfālde, der have stāet til min Rādigbed. KÜSTNER har offentliggjort 3 Tilfālde:

1. 47-ārig Kvinde. I flere År profuse Blōdninger. Knythåndstort Fibrom.

D.  $\frac{10}{9}$  92. Totalexstirpation forsōges, men må opgives, efter at aa. uterinæ ere underbundne. 7 Uger efter har uterus sin normale Stōrelse, og der har efter Operationen kun vāret en enkelt ubetydelig Blōdning.

2. 25-årig Kvinde. I 6 År stærke uregelmæssige Blødninger. I forreste Uterinvæg et Fibrom; Kaviteten måler 12 Cm. Curettement 2 Gange uden Resultat.

D.  $12\frac{1}{2}$  93. Underbinding af aa. uterinæ. 4 Uger efter føles uterus ikke mere forstørret; Kaviteten  $6\frac{1}{2}$  Cm. Ingen Blødning efter Operationen.

3. 53-årig Kvinde. I 4 År voldsomme Blødninger; ensartet forstørret uterus, Kaviteten 11—12 Cm.

D.  $14\frac{1}{1}$  93. Curettement; 10 Dage efter en meget rigelig Blødning.

D.  $3\frac{1}{2}$  93. Underbinding af aa. uterinæ.

D.  $11\frac{1}{4}$  93. Ingen Blødning efter Operationen; uterus måler 7 Cm.

Dette sidste Tilfælde synes at have været en kronisk hæmorrhagisk metritis.

GOTTSCHALK har 7 Tilfælde.

I alle Tilfældene ere Blødningerne ophørte; i 2 Tilfælde, hvor Patienterne vare i Klimakteriet, er Menopausen indtrådt i Tilslutning til Operationen. I 2 Tilfælde ere Fibromerne ganske svundne; i 3 betydelig formindskede. Hos en af disse var uterus, på Grund af multiple Fibromer, af Barnehovedstørrelse; 2 Måneder efter vare alle Fibromerne svundne på nær et valdnød stort, der var blevet subseröst. Tilfældene ere iagttagne i et Tidsrum af fra 3 Måneder til  $1\frac{3}{4}$  Ar.

HOWITZ har foretaget Operationen 6 Gange:

1. 40-årig gift Kvinde. I 5 År rigelige uregelmæssige Blødninger, der ikke påvirkes af secale, Elektricitet og gentagne Udskrabninger. Uterus knythåndstor, Kaviteten 10 Cm.; i højre Side en Del nødstore Fibromer.

D.  $11\frac{1}{9}$  93. Underbinding af aa. uterinæ.

D.  $5\frac{1}{3}$  94. Siden Operationen regelmæssig Menstruation af 4—6 Dages Varighed; uterus tydelig formindsket, Kaviteten 6 Cm.; Fibromerne svundne.

2. 32-årig ugift Kvinde. I 5 År stærke og smertefulde Blødninger. Uterus af Størrelse som 2 knyttede Hænder.

D.  $16\frac{1}{9}$  93. Underbinding af aa. uterinæ.

I de første 3 Måneder efter Operationen aftog Blødningerne og Smerterne noget; da vendte de gamle Symptomer tilbage; uterus til midt mellem Symfysen og umbilicus.

Efter Meddelelse fra Overkirurg Blocq af d.  $1\frac{1}{12}$  94 ere de smertefulde og hyppige Blødninger vedblevne trods en senere anvendt Electricitetsbehandling; tumor når nu til lidt nedenfor umbilicus; der gøres derfor d.  $2\frac{1}{12}$  94 Kastration.

3. 25-årig ugift. I 6 År vedholdende Blødninger; der er anvendt *secale*, *hydrastis canad.* og Udskrabning med forbigående Virkning. I forreste Uterinvæg et årtestort Fibrom. Bægge Ovarier forstørrede.

D.  $\frac{19}{10}$  93. Underbinding af aa. uterinæ.

D.  $\frac{12}{11}$ . Det årtestore Fibrom føles ikke mere; Blødningerne uforandrede.

D.  $\frac{5}{12}$  94. Blødningerne have stadig været stærke — til Tider endog faretruende.

4. 30-årig gift Kvinde. I flere År rigelige Blødninger med 14 Dages Mellemlum. Der findes et barnehovedstort Fibrom, nående til 2 Fingersbredder under Umbilikaltransversalen. Kaviteten måler 15 Cm. Konstant Strøm og Udskrabning anvendes uden Resultat.

D.  $\frac{9}{10}$  93. Underbinding af aa. uterinæ.

I Følge Brev af  $\frac{22}{12}$  94 indtræde Blødningerne nu med 3 Ugers Mellemlum; Svulstens Størrelse uforandret.

5. 39-årig gift Kvinde. I et År rigelige Blødninger. I uterus et barnehovedstort Fibrom, nående til 4 Fingersbredder under Umbilikaltransversalen. Der anvendes Elektricitet i 3 Måneder uden noget Resultat.

D.  $\frac{30}{6}$  94. Underbinding af aa. uterinæ.

D.  $\frac{29}{11}$  94. Tumor uforandret; Blødningerne svagere.

6. 43-årig gift Kvinde. I flere År rigelige Blødninger; i Underlivet en fast tumor, der når 2 Cm. ovenover umbilicus; Kaviteten måler omtr. 14 Cm.

D.  $\frac{28}{10}$  93. Underbinding af aa. uterinæ. En Måned efter når tumor 2 Cm. nedenfor umbilicus; Blødningen var i den Tid betydelig svagere. Senere Oplysninger have ikke kunnet skaffes til Veje.

Prof. F. LEVY har foretaget Operationen 9 Gange.

Jeg ser mig ikke i Stand til at give nærmere Oplysninger om de enkelte Tilfælde. LEVY har et positivt Indtryk af Operationens Godhed og praktiske Værd i dertil egnede Tilfælde, særlig Fibromer, inoperabel cancer og undtagelsesvis metritis. Men L. mener, at hans Indtryk er for subjektivt til derpå at basere et videnskabeligt Indlæg, i Særdeleshed da han samtidig har anvendt medikamentel og intrauterin Behandling.

Prof. PAULLI, der godhedsfuldt har overladt mig Journalen, har udført Operationen 1 Gang.

47-årig ugift Kvinde; altid rigelige, men regelmæssige Blødninger, indtil i det sidste År, da Blødningerne indtræde med kortere Mellemlum. Collum svullen, 5 Cm. lang; i uterus et Fibrom af Størrelse



som 2 knyttede Hænder. Sonden går 10 Cm. ind. Blæren har en større Poche til højre, en mindre til venstre.

D. <sup>4</sup>/<sub>9</sub>, 94 Underbinding, hvorved først fattes den nedadstigende Gren af a. uterina, derefter Stammen selv; samtidig Amputation af collum.

D. <sup>23</sup>/<sub>1</sub>, 95. Siden Operationen 4 Gange Blødning, svagere end nogen Sinde før; Svalsten er formindsket mindst med en Tredjedel.

Tilfældet har særlig Interesse ved den samtidigt foretagne Collumamputation og Underbinding af aa. uterinæ. Det blev jo nemlig i sin Tid af BRAUN <sup>1)</sup> påvist, at der efter en Collumamputation på en uterus med kronisk metritis intrådte en enorm Formindskelse af corpus uteri samtidig med Aftagen af Blødningerne. Og Collumamputationen blev derefter af flere ansete Gynækologer, således MARTIN, FRITSCH, FREUND og POZZI, anvendt som et Middel mod hårdnakket metritis. KÜSTNER har for øvrigt senere forsøgt at svække Collumamputationens Betydning ved at påstå, at Amputationen kun har virket ved en samtidig tilfældig Kompression eller Underbinding af a. uterina eller større Grene af den. Imidlertid synes det dristigt af KÜSTNER at ville hævde, at man ved en infravaginal Amputation tilfældig skulde kunne standse Blodtilførslen til uterus i så høj Grad, at der derved kunde indtræde Atrofi af uteri Muskulatur og Slimbinde.

På Sagernes nuværende Standpunkt står man derfor tvivlende overfor Spørgsmålet, om man må skrive det gode Resultat i Prof. PAULLIS Tilfælde på Underbindingens eller på Collumamputationens Regning.

BAUMGÄRTNER har set gode Resultater af Underbindingen i Tilfælde af stærke Blødninger ved cancer uteri.

FRANKLIN H. MARTIN har udvidet Operationen således, at han fatter hele Ligamentet på den ene Side og nederste Tredjedel på den anden Side; hvor det har vist sig nødvendigt, har han åbnet peritonæum. Han meddeler 6 Tilfælde, hvoraf i de 5 Tilfælde Fibromerne aftog i Størrelse og Blødningerne ophørte eller mindskedes. I det ene Tilfælde, der ikke lykkedes, mener han, at Skylden må søges i en mangelfuld Teknik.

For Fuldstændigheds Skyld medtager jeg et Par af BYRON ROBINSON og RYDYGIER opererede Tilfælde, der kun høre ind under det foreliggende Æmne, for så vidt de bægge tilsigtede at få Fibromerne til at svinde ved Afskæren af Blodtilførselen til

<sup>1)</sup> Se Pozzi: Lehrbuch der Gynæcologie, I. S. 226.



uterus. Men Underbindingen er i bægge Tilfælde foretagen intraperitonæalt, ved Laparotomi, og omfatter foruden aa. uterinæ de andre til uterus hørende Kar.

BYRON ROBINSON gjorde Operationen d.  $\frac{1}{11}$  92 for et barnehovedstort Fibrom, der havde givet Anledning til stærke, vedholdende Blødninger. Det var hans Hensigt at gøre Total-*extirpation*; men på Grund af Patientens medtagne Tilstand afstod han derfra. Han underbandt derfor aa. uterinæ og aa. spermaticæ og fjærnede tubæ.  $\frac{1}{2}$  År efter var uterus formindsket til det halve; Blødningerne svage; Pat. befandt sig vel.

Det kan indvendes, at, er man først kommen så langt ned på Siden af uterus, at man kan underbinde aa. uterinæ, vil man uden betydelig større Fare kunne fjærne uterus. B. R. mener imidlertid ved sin Metode at kunne undgå det Shok, som Hysterektomien udøver på anæmiske Patienter, og han kan, om nødvendigt, ved den samme Operation fjærne en pyosalpinx.

RYDYGIER <sup>1)</sup> foretog for et fibroma uteri med stærke Blødninger d.  $\frac{21}{12}$  91 Underbinding af aa. uterinæ, aa. spermaticæ og aa. i ligg. rotunda. Blødningerne ophørte, og Fibromet aftog i Størrelse indtil Oktober næste År; da indtrådte Blødningerne atter, og så voldsomt, at Pat. døde af Anæmi, for man kunde tænke på at foretage Totalexstirpation.

Tilfældet virker ret nedslående; men dels står det alene, dels er det des værre meddelt i så sammentrængt Form, at man har Lov til at antage andre Årsager til de profuse Blødninger.

Ser man nu tilbage på Resultaterne, vil det strax falde i Øjnene, at disse for Udlandets Vedkommende have vist sig langt gunstigere end for Danmarks og da fornemmelig for Prof. HOWITZ's Vedkommende. Forklaringen på dette Misforhold ligger ikke lige for Hånden; men man har måske Lov til at antage, at Fibromernes gennemgående betydelige Størrelse og Patienternes unge Alder for en væsentlig Del må bære Skylden for HOWITZ's mindre gode Resultater.

Det er selvfølgelig umuligt på et så tidligt Tidspunkt og på et så ringe Materiale at grunde en afgørende Dom om Operationens Værd. Kun så meget tror jeg at kunne sige, at Metoden rummer i sig en Del Betingelser for at kunne blive

<sup>1)</sup> Centralbl. f. Gynæcol. 1894, Nr 13.

til Gavn og kan gøre Krav på ikke at gå upåagtet hen. — Det er særlig Ikke-specialisters Opmærksomhed, jeg har villet henvende på dette ny og relativ ufarlige Middel mod Fibromer i uterus. — Enhver nogenlunde övet Kirurg vil efter min Mening handle klogt i at forsöge Metoden i dertil egnede Tilfælde.

---

Til Slut beder jeg Professor HOWITZ, på hvis Opfordring denne Meddelelse er fremkommen, om at modtage min bedste Tak for den Beredvillighed, hvormed han har stillet sit Materiale til min Rådighed.

---

## Einige Beobachtungen über die Spina supra meatum.

Von

Prof. Dr. CARL M. FÜRST.

Lund.

Der kleine Knochen-Fortsatz, der zuerst von HENLE beschrieben und von BEZOLD Spina supra meatum benannt ist, hat sich hauptsächlich durch den letzteren nicht nur ein anatomisches sondern auch ein kirurgisches Interesse erworben.

HENLE giebt in Wort und Bild ihre Lage an und sagt, dass sie noch öfters vorkommt. BEZOLD, der dieselbe in praktisch-kirurgischer Absicht studirt, strebt danach ihre Lage im Verhältnisse zu dem Antrum mastoideum oder vielleicht richtiger die Lage dieser Höhle und ihrer dünnsten Wand im Verhältnisse zu der Spina supra meatum genau zu precisiren. Die Spina findet er »wegen ihrer constanten Lage als Ausgangspunkt« für seine Messungen verwendbar und »in allen untersuchten Schläfenbeinen wenigstens angedeutet«.

Durch KIESSELBACH wird unsere Kenntniss von diesem Fortsatz erweitert. Derselbe hat ihn auf die Häufigkeit seines Vorkommens bei Heranwachsenden und Erwachsenen untersucht und ihn bei Schädeln von Menschen bis zu zwanzig Jahren gefunden:

rechts und links vorhanden	rechts vorhanden links nicht	links vorhanden rechts nicht	beiderseits nicht
82,2 Proc.	2,9 Proc.	2,9 Proc.	12,0 Proc.
bei Erwachsenen:			
87 Proc.	3 »	6 »	4 »

Die Spina von ihrer Andeutung auf den jüngsten Kinderschädeln folgend hat er derselben auch eine besondere Bedeutung gegeben, wenn er sie sehr früh angedeutet findet und dadurch uns eine gute Leitung giebt, um der Formentwicklung des Schläfenbeins folgen zu können. Der absteigende Schenkel der Linea temporalis resp. die Spina supra meatum ist es, welcher mit dem Anfangsteile der Linea temporalis die eigentliche Grenze zwischen dem horizontalen und dem verticalen Theile der Schuppe bildet.<sup>5</sup>

Kommt zu dem obenerwähnten diese von vielen Verfassern gemachte Angabe, wie verschieden die Spina supra meatum entwickelt ist, welches Verhältniss von SCHÜLZKE mehr bestimmt durch Zählen ausgedrückt wird, nämlich dass sie unter 120 Schläfenbeinen undentlich oder nur angedeutet war, worunter 10 an Stelle der eigentlichen Spina ein undentlicher Grübchen trugen, so habe ich unsere anatomische Kenntniss über Spina supra meatum in Kürze angegeben.

Meine Untersuchungen über das Vorkommen der Spina supra meatum zeigen, dass ihre Häufigkeit, wenn ich, wie KIESELBACH auch Andeutungen zu derselben mitrechne, ungefähr dem entspricht, KIESELBACH gefunden hat. Ich fand nämlich Spina supra meatum

rechts und links vorhanden	rechts vorhanden links nicht	links vorhanden rechts nicht	beiderseits nicht
88,5 Proc.	1,5 Proc.	0,8 Proc.	9,2 Proc.

kräftiger entwickelt habe ich dieselbe bei 23 Proc., nur eine Andeutung in 18,2 Proc. gefunden.

Dass Spina supra meatum den eigentlichen Rand des Knochentheils des Meatus auditorius externus in seiner oberen äusseren Partie bezeichnet, kennen wir schon von HENLE. Irgend welche speciellen Angaben aber, die von Interesse für die Frage waren, in welchem Verhältnisse sie zu seinem fibrösen und knorpeligen Theile steht, kenne ich jedoch nicht. Ich habe darum durch Dissektion die Verhältnisse zwischen den verschiedenen Theilen zu bestimmen gesucht und habe gefunden, dass die Lage der Spina supra meatum der fibrösen Verbindung zwischen dem oberen Rande der Tragusplatte und dem gegenüber liegenden Rande des Gehörknorpels entspricht. Der vorderste Theil der Spina liegt ganz nahe an der Tragusplatte ja bisweilen hängt sie auch zusammen mit dem oberen

medialeren Winkel derselben, (den SCHWALBE in seinem Handbuch in den Tafeln Nr. 153 und 154 mit *d* bezeichnet). Ich habe oft mehr oder weniger kräftige fibröse Stränge von dem Periosteum der Spina gefunden. Bei Kindern habe ich auch die erwähnten Verhältnisse beobachtet. Der absteigende Schenkel der Linea temporalis bezeichnet gerade die Ansatzstelle für diesen Theil der Pars fibrosa meati auditorii externi und je nach der Beschaffenheit der Umstände entwickelt sie sich zu einer Andeutung oder im günstiger Falle einer kräftig gebildeten Spina.

Die Formen der Spina sind zahlreich. Eine sehr interessante aber ungewöhnliche Form giebt die Spina, die beinahe lateralwärts nach aussen gerichtet ist. Sie sitzt im oberen Rande des Meatus doch kaum im oberen hinteren Winkel und berührt die hintere Wand wenig oder gar nicht. Von diesen bekannten Grübchen wird hier kaum oder gar nicht gesprochen. Die horizontale Knochenpartie hinter der Spina entspricht gewiss dem Grübchen und die ganze Form deutet möglicherweise an, dass der Knochentheil sowohl vor der Spina als hinter derselbe eines Tendens gehabt hat sich mehr oder weniger horizontal zu stellen.

Die gewöhnlichste Form der Spina ist wohl dieselbe, die von HENLE, KIESSELBACH u. m. abgebildet wird. Die Spina geht von einer Stelle im oberen Theile des Meatus aus und ist so wie es scheint nach hinten und lateralwärts gewachsen und sich an die hintere Wand gelegt, so dass es wie ein squamöses Sutura zwischen die beiden aussieht. Das Grübchen hinter und über der Spina wird in diesem Falle wenigstens in seinem unteren Theile tief und eng und es wird hier also ganz oder zum grössten Theile von der Entwicklung und dem Zuwachs der Spina eine sekundären Bildung bedingt. Es kommt nicht selten vor, dass dieses Zuwachs nach hinten lateralwärts von der Spina oder von in derselben Linie medialer liegenden Knochenpartien mehr ausgebreitet ist und sich so weit nach unten und hinten streckt, dass man bisweilen nicht ohne Schwierigkeit entscheiden kann, was zu der Spina oder was zu dem nächstliegenden Theil des os tympanicum hört; besonders darum weil die Knochenlamellen dieselbe Richtung haben. Ganz gewiss haben solche Formen den Anlass zu dem skematischen Bild von den drei Theilen des Schläfenbeins gegeben, welche in der unter PAUL POIRIER's Leitung neulich herausgegebene

Traité d'Anatomie humaine geliefert wird. Hier wird durch Farben angegeben, dass Spina supra meatum in dem Annulus tympanicus ihren Ursprung hat. Die Untersuchungen KIESSELBACH's und das was ich oben mitgetheilt habe beweisen, dass die Sache sich nicht so verhält, wenn es auch so scheinen möchte.

In einigen Fällen habe ich gesehen, wie die aus Spina supra meatum herauswachsende Knochenlamelle so weit nach unten und rückwärts geht, dass sich os tympanicum äusserlich über dieselben legt, wodurch die eine Lamelle über die andere zu liegen kommt und eine Fissur zwischen denselben entsteht. Eine solche Form giebt deutlich den verschiedenen Ursprung der beiden Lamellen an.

Ausser den obenerwähnten Formen existiren manche andere von grosserem oder geringerem Interesse; eine gewöhnliche ist die von SCHWALBE in seinem Handbuch Bild Nr. 155 abgebildete.

Bei Thieren habe ich keine Spina supra meatum gefunden; doch habe ich bei den höheren Affen eine möglicherweise entsprechende Bildung gesehen. Bei diesen ist dieser Knochenfortsatz viel seltener und noch mehr inkonstant als bei den Menschen, so weit ich aus der geringen Anzahl von Kranien, die ich untersucht habe, schliessen kann. Ich fand dieselbe auf beiden Seiten eines männlichen Gorilla, bei einem weiblichen aber nicht; sie war auf einem Chimpanzekranium angedeutet, ebenso auf dem Kranium eines Simia satyrus. Sie existirt auf der rechten Seite aber nicht auf der linken bei einer anderen Simia satyrus, auf einer dritten aber gar nicht. Bei anderen Affenkranien habe ich keine entsprechenden Knochenbildungen gefunden. Diese Spina ist nach vorn gerichtet, ist lamellös und gegen den oberen Rand des Meatus angelehnt. Sie dient auch wahrscheinlich zur Befestigung des fibrösen und dadurch des knorpeligen Theils des äusseren Gehörganges.

Die BEZOLD'sche Angabe, dass eine durch die Spina supra meatum gelegte Horizontallinie das Antrum mastoideum etwas oberhalb seines Bodens schneidet, habe ich oft konstatiren können. Weil aber Spina supra meatum selten eine stachelartige Bildung hat, sondern sehr oft ein relativ langer Kamm oder, wie HENLE sie nennt, ein Leistchen ist, so können oft viele Horizontallinien in verschiedener Höhe durch dieses Leistchen gelegt werden und das Antrum oder Cellulae mastoideae

sehr verschieden treffen. Die Horizontallinie durch Spina supra meatum scheint nach den Resultaten die Höhe zu bezeichnen, die BEZOLD brauchte. Weil diese Linie aber den oberen Theil des erwähnten Grübchens entspricht und dieses seinerseits ungefähr der höchsten Höhe des Randes des Meatus entspricht so ist ja diese Grübchenlinie eigentlich die Tangentiallinie des oberen Gehörgangsrands.

Die dünnste Stelle der Wand im Verhältniss zu einem fixen Punkte zu bestimmen ist ein Ziel der Wünsche, auf welches hin Anatomen und Kirurgen schon seit dem vorigen Jahrhundert gearbeitet haben. Unser schwedischen Anatom ADOLPH MURRAY hat Untersuchungen zu diesem Zwecke gemacht und in seiner guten Beschreibung über Processus mastoideus zusammen mit der Mittheilung HAGSTRÖM's über seine Perforatio Processus mammillaris in der Vorhandlungen der schwedischen Academie der Wissenschaften geliefert. MURRAY nimmt die Spitze des Processus als Ausgangspunkte an und sagt, dass die grösste in der Oberfläche liegende Cellula  $\frac{3}{4}$  Zoll von der Spitze gelegen sei. Später sind mehrere Ausgangspunkte wie Spina supra meatum, Linea temporalis (SCHÜTZKE) u. a. angenommen worden, um die passende Stelle für Perforation oder Einmeisslung zu finden. Die Grösse und der Bau des Processus mastoideus aber wechselt individuel zu viel, als dass man von bestimmten Massen und Mittelzahlen an einer Operation grosse Nützen haben könnte.

Möglicherweise sind die BEZOLD'sche Masse und Angaben für die Kirurgen die meist brauchbaren. Bei der Dissection von Leichen habe ich mich indessen davon überzeugt, mit welcher Schwierigkeit es manchmal verbunden sein musste schnell die Existenz der Spina zu konstatiren auch in solchen Fällen, wo sie ganz gut entwickelt ist. KIESSELBACH kann nicht gern denken, dass, wie er andeutet, seine 87 Proc., in welchem die Spina vorkommt, eine Bedeutung für Kirurgen haben.

Ich glaube, dass die Kirurgen am besten thun, sich nicht damit abzumühen die Spina zu finden. In allgemeinen suchen sie auch gewiss nicht nach derselben.

Spina supra meatum ist also meiner Ansicht nach durch ihre Vorkommen, ihre Lage in Verhältniss zu den in ihrer Nahe liegenden Knochen und weichen Theilen, ihre Entwicklung und möglicherweise auch ihre komparative Anatomie eine interessante anatomische Bildung, die aber nur sehr ge-

ringe topographische Bedeutung im Dienste der praktischen Kirurgie haben kann.

---

### Literatur.

HENLE. Handbuch der Knochenlehre. 1855 und 71.

BEZOLD. Monatschrift für Ohrenheilkunde. Jahrgang VII, N:r 11, 1873 und VIII, N:is 1 und 2, 1874.

W. KIESSELBACH. Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie des Schläfenbeins mit Rücksicht auf das kindliche Schläfenbein. Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd 15, H. 4, 1880.

SCHÜLZKE. Ueber die Möglichkeit einige für die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes topographisch-anatomisch wichtige Verhältnisse am Schädel vor der Operation zu erkennen und über den praktischen Werth einer solcher Erkenntniss. Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd 29, 1890.

G. SCHWALBE. Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. 1887.

AND. JOH. HAGSTRÖM. Om den chirurgiska Operation, som kallas Perforatio processus mammillaris och de händelser där den kan med nytta anställas. Svenska Vetenskapsakademiens förhandl. 1780.

ADOLPH MURRAY. Anatomiske Anmärkningar vid Apophyseos mastoideæ genomborrande, såsom ett hjälpmedel emot åtskillig slags döfhet. Svenska Vetenskapsakademiens förhandl. 1789.

PAUL POIRIER. Traité d'Anatomie humaine. 1893.



## Fehlerhafte Zahnbildung bei erworbener Syphilis.

Von

**Dr. EDVARD WELANDER**

in Stockholm.

(Vortrag, gehalten im Verein schwedischer Ärzte am 7. Mai 1895.)

---

Mit 1 Tafel.

---

Wir wissen alle, dass das syphilitische Gift bei erworbener Syphilis lange im Körper schlummernd liegen kann, um vielleicht nach Jahren aus Ursachen, die wir nicht kennen, wieder zum Leben zu erwachen und dann allzu oft in der meist heimtückischen Weise krankhafte Veränderungen hervorzurufen, die für die ganze Zukunft verhängnissvoll werden können, sofern wir nicht, ehe es allzu spät ist, Gelegenheit erhalten, mit einer kräftigen Behandlung einzugreifen.

Ganz dasselbe kann das Verhältniss bei vererbter Syphilis eintreffen, denn die Natur des syphilitischen Giftes ist gleich, mag es dem Organismus innerhalb oder ausserhalb des Uterus zugeführt werden. Allzu leicht kann vererbtes Syphilisgift, von dem man alle Ursache hatte zu hoffen, dass es für immer entschlummert sei, später — z. B. zur Zeit der Pubertätsentwicklung — wieder zu Tage treten und dann oft Zerstörungen verursachen, die im höchsten Grade nachtheilig sind und die unangenehmsten Folgen für das ganze Leben haben können.

Vor nicht gar langer Zeit war die Kenntniss hiervon nur wenig verbreitet; es traten eine Menge destructive Krankheitsformen auf, die als Lupus, Scrophulosis u. s. w. gedeutet wurden

und immer grössere Zerstörungen verursachten, den Heilmitteln, die man gewöhnlich gegen diese Krankheiten anwendet, vollkommen Trotz bietend. Obschon wir nun aber darauf aufmerksam geworden sind, dass das Vorkommen dieser Affectionen kein so seltenes ist, wie man geglaubt hat, und obschon die Kenntniss, die wir von ihrer Natur besitzen, mehr und mehr erweitert worden ist, so sind diese tardiven Formen von hereditärer Syphilis doch mitunter so schwer zu deuten, dass es beinahe unmöglich sein kann, mit Sicherheit ihre Natur und damit auch die Behandlung zu bestimmen, die anzuwenden ist.

Wo bestimmte objective Symptome fehlen, müssen wir unsere Wahrscheinlichkeitsdiagnose durch anamnestiche Angaben zu stützen suchen; bei dieser Syphilis hereditaria tarda dürfte uns diese Hilfsquelle aber nicht recht oft zu Gebote stehen. Nicht selten befinden sich diejenigen, die möglicherweise wichtige Aufschlüsse in dieser Hinsicht liefern könnten — die Eltern des Kindes — nicht mehr am Leben. Ein anderes Mal kann es uns das Zartgefühl verbieten, die eine oder anderer Frage zu stellen, so z. B., wenn die Gründe nicht zwingend sind, eine Frage an eine Mutter zu richten, welche bei ihr leicht einen vielleicht unberechtigten Argwohn erwecken könnte, der im Stande wäre, für ihr ganzes künftiges Leben die Erinnerung an das Vertrauen zu trüben, das sie zu ihrem verstorbenen Manne gehegt hat u. s. w.

Wie gesagt, oft stossen wir auf das eine oder andere Hinderniss, sodass uns diese anamnestiche Hilfsquelle recht selten zu Gebote steht. Ganz von selbst ergiebt sich dann die Frage: kann denn das schon durchgemachte Stadium einer hereditären Syphilis nicht solche objectiven Zeichen hinterlassen, dass dieselben beim Versuch, die Diagnose zu stellen, als unterstützende Momente dienen können? Ja! angeborene — und auch sehr früh durch Ansteckung bekommene — Syphilis kann solche Zeichen hinterlassen, und wir sind, namentlich wenn sich ihrer mehre zusammenfinden, berechtigt mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit zu behaupten, dass derjenige, bei dem wir sie antreffen, an (hereditärer) Syphilis gelitten hat. Diese Zeichen können also die Wahrscheinlichkeit für unsere Vermuthung, dass später auftretende, schwer zu deutende Leiden mit der syphilitischen Krankheit in Zusammenhang stehen, vermehren und unsere Berechtigung stützen, in einem solchen Falle mit einer kräftigen Behandlung einzugreifen.

Da es keinen Theil des menschlichen Organismus giebt, wo das syphilitische Gift — sei es nun vererbt oder durch Uebertragung nach der Geburt in den Organismus gelangt — sich nicht localisiren kann, so ist es ganz natürlich, dass wir in vielen, ja vielleicht in allen Theilen des Körpers Spuren von einem vielleicht schon längst abgelaufenen hereditären syphilitischen Krankheitsprocess finden *können*. Wir finden auch, sowohl in der Haut und der Schlimhaut, wie im Knochen-system u. s. w. Veränderungen, welche für die Wahrscheinlichkeit früherer hereditärer syphilitischer Leiden sprechen; doch giebt es einige Veränderungen, die vor allen anderen geeignet sind, den Gedanken an eine abgelaufene hereditäre syphilitische Affection zu wecken und dieses sind die Veränderungen in den Ohren, Augen und Zähnen, welche man nach FOURNIER mehr und mehr die HUTCHINSON'sche Triade zu nennen pflegt, weil HUTCHINSON es ist, der zuerst die Aufmerksamkeit auf ihre grosse Bedeutung gelenkt hat. Von diesen Veränderungen will ich hier nur diejenigen besprechen, welche die Zähne betreffen.

Da dieselben indessen so verschieden beschrieben werden und ihrer diagnostischen Bedeutung ein so verschiedenes Gewicht beigelegt wird, dass der eine demjenigen gradezu allen Werth abspricht, was der andere als pathognomisch bezeichnet, habe ich es als nicht unzweckmässig erachtet, hier eine kurze Darstellung der wichtigsten Momente dieser in practischer Hinsicht alles andere als unwichtigen Frage zu geben.

Schon gegen das Ende der fünfziger Jahre machte HUTCHINSON darauf aufmerksam, dass parenchymatöse Keratitis besonders oft bei jüngeren Personen vorkommt, auf welche die syphilitische Krankheit vererbt worden ist. Er fand, als er sich diesen Studien mehr und mehr widmete, dass in derartigen Fällen mitunter schwere krankhafte Veränderungen im (inneren) Ohre vorkamen, aber auch, dass eine Menge der mit parenchymatöser Keratitis behafteten Personen auch Fehlerhaftigkeiten hinsichtlich der Beschaffenheit der Zähne zeigten. Besonders hob er eine fehlerhafte Bildung der beiden oberen Mittelschneidezähne als ein so gut wie pathognomisches Zeichen von hereditärer Syphilis hervor.

Trotz fernere Arbeiten HUTSCHINSONS über diesen Gegenstand kann man doch sagen, dass es eigentlich erst in den letzten 15 Jahren gewesen ist, wo man angefangen hat, sich

mit diesen Frage etwas näher zu beschäftigen, wobei sehr verschiedene Ansichten aufgestellt worden sind.

Einige Auctoren so z. B. FOURNIER sagen, dass eine fehlerhafte Implantation der Zähne, fehlerhafte Grösse, Vulnerabilität derselben u. s. w. in hereditärer Syphilis ihre Ursache haben können; wenn dieses aber auch zuweilen der Fall sein kann, so haben wir doch nur eine sehr geringe Stütze, um auf Grund hiervon die Diagnose auf ein verflossenes Stadium von hereditärer Syphilis stellen zu können, indem solche Zahnanomalien oft auch bei Personen vorkommen, bei denen gar nicht die Rede davon sein kann, dass sie durch vererbte Syphilis verursacht worden sind oder dass hereditäre Syphilis in irgend welcher Weise zu ihrem Entstehen beigetragen hat.

Die Zahnveränderungen, von denen wir mit etwas mehr Grund annehmen können, dass sie in vererbter Syphilis ihren Ursache haben, sind die Bildungsanomalien, die wir gewöhnlich als Erosion der Zähne bezeichnen. Dieser Ausdruck ist zwar unrichtig, da wir ja in der Regel unter Erosion einen Schaden, eine Zerfressung einer vorher gesunden Körperfläche an der einen oder der anderen Stelle verstehen, doch ist es ein allgemeiner Brauch geworden, damit keine Zerfressung eines vorher gesund entwickelten Zahnes, sondern eine krankhaft veränderte Entwicklung der Schicht des Zahnes, die der sichtbaren Zahnerosion entspricht, in ihrer Ganzheit — also des Emails wie des Dentins — zu bezeichnen.

Solche Zahnerosionen können von sehr verschiedenem Aussehen und sehr verschiedener Ausdehnung sein. FOURNIER hat eine bedeutende Menge solcher Erosionen beschrieben, die aber, streng genommen, nur Variationen von den von MAGITOT aufgestellten Typen sind. In practischer Hinsicht scheint es mir jedoch völlig hinreichend zu sein, wenn ich, wie STERNFELD es gethan hat, von ihnen nur einige Haupttypen hervorhebe.

Diese Erosionen können nun als punktförmige kleine Grübchen im Zahne auftreten, die oft in horizontale Reihen geordnet sind, öfter aber mit einander confluiren, sodass sie eine deutliche horizontale Furche bilden; mitunter findet man Zähne mit zwei, ja sogar drei solchen parallelen horizontalen Furchen in der Krone. Bisweilen sind diese Erosionen in dem Email tiefer und ausgedehnter, so dass in einzelnen Fällen das Email an dem ganzen freien Ende des Zahnes geradezu weg ist und

man dort nur eine mehr oder weniger missfarbige, unregelmässige, auf einem übrigens gesund aussehenden unteren (oberen) Theile des Zahnes sitzende oder gleichsam in ihn eingekeilte Dentinspitze findet; die Ausdehnung, in welcher das Email in dieser Weise fehlt, kann sehr verschieden sein, sodass mitunter nur die oberste Spitze, mitunter aber ein bedeutender Theil der Krone des Zahnes von ihm entblösst ist.

Bisweilen kann dieser Defect des Emails eine eigenthümliche Form annehmen, indem er nicht, wie die Erosionen im allgemeinen, wagerecht geht, sondern sich in einem Halbkreise, in einem halbmondförmigen Bogen, dessen Höhe gegen die Wurzel des Zahnes gekehrt ist, hinsieht. Sehr oft trifft dieses bei den oberen Mittelschneidezähnen ein, wo dann die Form dieser Zähne oft auch im übrigen in solcher Weise verändert ist, dass sie schmaler und kürzer als im normalen Zustande sind, sich gegen ihr freies Ende hin verschmälern und so sitzen, dass sie nach unten convergiren (oft sind sie auch gelb-bräunlich missfarbig). Solche Zähne sind wirkliche typische HUTCHINSON'sche Zähne, und keine anderen sollten so benannt werden. Anfangs findet sich beinahe stets eine grössere oder kleinere Menge Dentin, das die halbmondförmige Einkerbung im Email ausfüllt. Da indessen das nicht mit Email bekleidete Dentin spröde ist, so wird es leicht abgenutzt und zerstört, wo dann der halbmondförmige Einschnitt noch deutlicher hervortritt. Im Laufe der Jahre sollen sich diese Zähne so abnutzen, dass sich im 25—30 Lebensjahre des Patienten kaum noch eine Andeutung von der halbmondförmigen Einkerbung findet.

Ein gleiches ist das Verhältniss bei den übrigen Zähnen, an deren Spitze (freiem Theile) das Email fehlt, so z. B. bei dem ersten Mahlzahne, wo der nicht mit Email bekleidete, nur aus Dentin bestehende obere (untere) Theil des Zahnes leicht abgenutzt wird, so dass ein verkürzter Zahn mit glatter Kauffläche entstehen kann, den FOURNIER »dent courte en plateau« nennt.

Beinahe niemals findet man bei einer Zahnerosion nur einen Zahn, sondern so gut wie immer mehrere Zähne von der Erosion angegriffen, und es gilt als Regel, dass homologe Zähne stets gleichartige Erosionen zeigen. Finden sich z. B. Erosionen in der Form einer Rinne an dem rechten unteren Mittelschneidezahne, so sieht man ganz die gleichen Erosionen auch

an dem linken. Zeigt sich am rechten unteren Eckzahn eine Erosion ohne Email und nur mit einer Dentinspitze, so findet man (sofern sie nicht abgenutzt worden ist) ganz die gleiche Veränderung auch am linken unteren Eckzahn. Ist z. B. eine halbmondförmige Einkerbung am linken oberen Mittelschneidezahn zu sehen, so lässt sich eine solche auch am rechten beobachten u. s. w.

Zuweilen zeigt sich ein Unterschied im Niveau gleichartiger Erosionen an verschiedenen, aber nicht an homologen Zähnen.

Es ist Regel, dass auf Syphilis beruhende Erosionen an verschiedenen Zähnen verschieden oft und an einigen niemals vorkommen. Am öftesten beobachtet man sie an den mittleren Vorderzähnen und dem ersten Mahlzahne, ziemlich oft an den Eckzähnen, sehr selten an den Backzähnen und niemals an dem zweiten und dritten Mahlzahne.

Was ist nun die Ursache der Bildung dieser Erosionen? Was ist die Ursache ihres symmetrischen Auftretens und ihres verschiedenen Vorkommens an verschiedenen Zähnen? Was ist die Grundursache, die allgemeine Krankheitsursache, welche diese eigenthümlichen Veränderungen in den Zähnen hervorruft.

Da nun eine Zahnerosion in der Regel nicht nur eine Veränderung im Email, sondern auch eine fehlerhafte Entwicklung des Dentins in der Schicht ist, die der Erosion im Email entspricht, so weist dieses mit Bestimmtheit darauf hin, dass der Grund zu einer solchen Erosion schon so früh wie im Entwicklungsstadium des Zahnes gelegt worden sein muss. Man würde da vermuthen können, dass ein zufälliger localer krankhafter Process die Ursache gewesen ist, dass an einem Zahne sich eine solche Erosion entwickelt hat; da wir nun aber sehen, dass stets an mehreren Zähnen Erosionen auftreten und dass sie dieses an homologen Zähnen stets in derselben Form und in demselben Niveau thun, so müssen wir daraus den Schluss ziehen, dass die Ursache derartiger Erosionen in einer allgemeinen Veränderung, einer allgemeinen Störung in der Nutrition des Organismus liegen muss, die ihren Ausdruck in einer fehlerhaften Entwicklung gerade der Schicht der verschiedenen Zähne erhält, die während der Zeit gebildet wird, welche diese Nutritionstörung dauert. Je nach der Dauer und der Beschaffenheit dieser Störung können kleinere punktför-

mige, rinnenförmige Erosionen oder auch grössere mit einem mehr oder weniger vollständigen Defect des Emails entstehen. Wenn nun eine solche Nutritionstörung mit einer oder ein paar Unterbrechungen aufgetreten ist, so kann man an ein und demselben Zahne in verschiedenen Niveau's z. B. zwei oder drei rinnenförmige Erosionen finden.

Die Ursache des symmetrischen Auftretens der Erosionen ist die, dass das Entwicklungsstadium eines Zahnes stets in der Zeit mit dem Entwicklungsstadium des mit ihm homologen Zahnes zusammenfällt; eine allgemeine Störung in der Nutrition des Organismus, die nachtheilig auf einen in der Entwicklung begriffenen Zahn, z. B. auf einen Mittelschneidezahn im Oberkiefer, einwirkt, dürfte deshalb in derselben nachtheiligen Weise auch auf die Entwicklung des mit diesem homologen Zahnes einwirken.

Dass diese Erosionen bei den verschiedenen Arten der Zähne in verschiedener Weise und in verschiedenem Niveau auftreten hat seinen Grund darin, dass das Entwicklungsstadium der verschiedenen Zähne ein höchst verschiedenes ist.

Die Angaben, welche sich bei den Auctoren über die Zeit finden, wo die bleibenden Zähne — im ganzen Aufsatze handelt es sich nur um die bleibenden Zähne und in keiner Weise um die Milchzähne — anfangen sich zu entwickeln und so zu sagen zu ossificiren, sind recht sehr von einander abweichend. Als Beispiel hiervon will ich hier folgendes Tableau anführen, welche die Zeit zeigt, die von den beiden Auctoren MAGITOT und ZUCKERKANDL für die Ossification der Zähne angegeben worden ist.

Beginn der Ossification der Zähne

bei:	nach MAGITOT	nach ZUCKERKANDL
den Mittelschneidezähnen	} im ersten Monat nach der Geburt	5—6 Monate nach der Geburt
› Seitenzähnen		etwas später als 6 Monaten nach der Geburt
› Eckzähnen	3—4 Monate n. d. Geburt	5—6 Monate nach der Geburt
dem ersten Backzahn	} 5—6 Monate n. d. Geburt	2½ Jahr nach der Geburt
› zweiten Backzahn		3 Jahre nach der Geburt.
› ersten Mahlzahn	im 6. Fötalmonat	in den letzten Monaten des Fötallebens
› zweiten Mahlzahn	im 3. Jahre n. d. Geburt	im 3.—4. Jahre nach der Geburt
› dritten Mahlzahn	im 12 Jahre n. d. Geburt	im 8.—10. Jahre nach der Geburt



Ich bin zwar nicht competent zu entscheiden, welcher dieser beiden Auctoren Recht hat, doch scheint mir Vieles dafür zu sprechen, dass ZUCKERKANDLS Angaben der Wahrheit am nächsten kommen.

Bei allen Zähnen findet die Ossification in der Weise statt, dass zuerst die Spitze der Krone des Zahnes (der freie Rand) und dann allmählich die Krone selbst (vom freien Rande nach der Wurzel hin) ossificirt; erst wenn die Krone vollständig ossificirt ist, beginnt die Ossification der Wurzel des Zahnes, deren Spitze zuletzt ossificirt.

Ein Blick auf das vorstehende Tableau zeigt uns, dass eine Störung in der Nutrition des Organismus, die im Fötal-leben oder in den ersten Wochen nach der Geburt eintritt, nicht gern Veränderungen in den Schneide- und Eckzähnen hervorrufen kann, indem deren Ossification da noch nicht begonnen hat, wohl aber eine fehlerhafte Entwicklung des ersten Mahlzahnes, der zu dieser Zeit schon mehr oder weniger ossificirt ist, zu verursachen vermag. Das Tableau erklärt es uns auch, weshalb eine Nutritionsstörung bei einem 5—6 Monate alten Kinde die Ursache sein kann, dass die Spitze (der freie Rand) der Schneide- und Eckzähne sich fehlerhaft entwickeln kann, während die Entwicklung der übrigen Zähne eine normale ist. Ebenso giebt uns die Tableau auch Aufschluss darüber, weshalb wir, wenn z. B. eine Nutritionsstörung bei einem 7—8 Monate alten Kinde eintritt, Erosionen bei den Seitenschneidezähnen am freien Rande, bei den Mittelschneidezähnen und den Eckzähnen aber ein Stückchen vom freien Rande entfernt antreffen können. Zu dieser Zeit findet nämlich bei den Seitenschneidezähnen die Ossification des freien Randes statt, während die andern genannten Zähne, bei denen der freie Rand sich bereits entwickelt hat, ein Stückchen von ihm ab ossificiren.

Aus diesem Tableau geht auch hervor, dass wir, da neue Ausbrüche von hereditärer Syphilis — vorausgesetzt dass eine kräftige Behandlung angewendet wird — nach dem zweiten Lebensjahr im allgemeinen nicht auftreten, nur äussert selten durch diese Krankheit verursachte Veränderungen an den Backzähnen und niemals an dem 2. und 3. Mahlzähne antreffen.

Aus dem hier oben Gesagten scheint mir hervorzugehen, dass diese fehlerhaften Zahnbildungen auf einer allgemeinen



Nutritionsstörung im Entwicklungsstadium dieser Zähne beruhen, worüber übrigens alle, die sich mit hierhergehörigen Fragen beschäftigt haben, einig sind. Aber wenn es sich dann darum handelt, *welche* Nutritionsstörung diese Zahnanomalien hervorrufen können, so finden wir die einander meist widersprechenden Angaben.

HUTSCHINSON, welcher der erste war, der die Aufmerksamkeit auf diese Veränderungen der Zähne hinlenkte, glaubte anfangs, dass sie durch das auf das Kind vererbte syphilitische Gift hervorgerufen werden. Ende der siebziger Jahre spricht er aber die Ansicht aus, dass zwar ein Theil dieser Veränderungen der Zähne, wie z. B. die halbmondförmigen Einkerbungen an den oberen Mittelschneidezähnen, ganz sicher auf hereditärer Syphilis beruhen, dass andere, z. B. die Erosionen an dem ersten Mahlzahne, aber in einem nachtheiligen Einfluss des Quecksilbers auf die Entwicklung der Zähne ihren Grund haben, welches dem Patienten (innerhalb oder ausserhalb des Uterus) zur Bekämpfung des syphilitischen Giftes oder zu anderen Zwecken gegeben worden ist. Er nennt diese Zähne deshalb auch Mercurialzähne. Seine Beschreibung der Art und Weise dieser Einwirkung des Quecksilbers und seine Begründung dieser Ansicht wirken aber nicht überzeugend, und es hat diese Ansicht auch keinen eigentlichen Anschluss gefunden.

Im Jahre 1881 wurde die Frage zu neuem Leben erweckt. Es sprachen damals in Frankreich zwei Ärzte ihre Ansichten in derselben aus. Diese Ansichten waren einander vollständig entgegengesetzt.

PARROT, der eine dieser Ärzte, welcher der Ansicht huldigte, dass die Rachitis eigentlich nichts anderes als hereditäre Syphilis sei, erklärte, dass diese Zahnanomalien bei rachitischen Kindern vorkommen, in der Rachitis ihren Grund haben und also stets mit hereditärer Syphilis in Zusammenhang stehen. PARROT ging so weit, dass er, als man ihm einen Unterkiefer aus der Zeit der Merovinger zeigte, an dessen Vorderzähnen sich je zwei horizontale, rinnenförmige Erosionen fanden, kein Bedenken trug, diese Erosionen auf Rechnung der Syphilis zu schreiben und daraus den Schluss zu ziehen, dass sich die Syphilis bei den Menschen gefunden hat, die damals in Frankreich gelebt haben.

MAGITOT sprach eine völlig entgegengesetzte Ansicht aus. Diese Veränderungen der Zähne, von welcher Beschaffenheit sie auch sein mögen, stehen, sagt er, nie mit hereditärer Syphilis in irgend welchem Zusammenhang. Er versuchte zu beweisen, dass man bei jeder Person mit solchen Zähnen nachweisen könne, dass sie in ihrer frühesten Kindheit an Eklampsie, Convulsionen gelitten habe; je nachdem diese Leiden von mehr oder weniger schwerer Beschaffenheit und von längere oder kürzerer Dauer sind, sollen schwerere oder leichtere Zahnanomalien entstehen.

Auf dem internationalen Congress in London im Jahre 1881 kam diese Frage unter Discussion; nach Schluss derselben behielt aber jeder die Ansicht, die er vorher gehabt hatte, auch HUTSCHINSON seine von den mercurialen Zähnen.

In seinem Aufsatz »Études cliniques sur l'érosion des dents» in Gazette des hôpitaux den 4. October 1881 sagt MAGITOT (Seite 909): »Nous invoquerons à cet égard le témoignage de Mr. ALFRED FOURNIER, qui, dans une longue pratique, n'a jamais saisi cette relation.» Wenn man die Angabe von dieser Ansicht liest, die FOURNIER im Jahre 1881 hegte, geräht man über die Ansicht, die er sobald wie nur 4—5 Jahre später ausspricht, beinahe in Erstaunen. In seiner Arbeit »La syphilis héréditaire tardive» 1886, sagt er nämlich auf Grund seiner damaligen Erfahrung, dass die hereditäre Syphilis unzweifelhaft eine Menge verschiedenartige Zahnanomalien, wie fehlerhafte Implantation der Zähne, verschiedene Arten von Erosionen, Mikrodentismus, Amorphismus, Vulnerabilität, Sillons blancs u. s. w. hervorrufen kann, welche Anomalien aber doch auch in anderen Leiden ihren Grund haben können, weshalb sie als Zeugnisse für frühere hereditäre Syphilis keinen eigentlichen Werth besitzen. Grossen Werth als ein solches Zeugniß misst er dagegen der Atrophie der Spitze des ersten Mahlzahne namentlich der Form derselben bei, die er »dent courte en plateau» nennt. Einen höchst bedeutenden diagnostischen Werth erkennt er dem halbmondförmigen Einkerbungen im freien Rande der Schneidezähne und auch der Eckzähne zu. Von Zähnen mit diesen Einkerbungen, vor allem den HUTCHINSON-schen Schneidezähnen sagt er, dass sie »un témoignage presque certain d'hérédite syphilitique» sind; pathognomisch will er sie nicht nennen, obschon er sie, wie er sagt, noch nie bei an-

deren als mit hereditärer Syphilis behafteten Personen ange-  
troffen habe.

In Deutschland hat man diesen Veränderungen der Zähne viel weniger Gewicht beigelegt und hervorgehoben, dass diese Zahnerosionen durch Störungen in der Nutrition, deren Ursache eine sehr verschiedene sein kann, wie z. B. Syphilis, Scrophulosis, Rachitis, exanthematische Fieber, cerebrale und nervöse Leiden u. s. w., schon im Entwicklungsstadium der Zähne hervorgerufen werden können. Gewicht legt man dort auch auf die Erbllichkeit der schlechten Beschaffenheit der Zähne. Sogar der sogenannten HUTCHINSON'schen Zähnen will man von der einen oder anderen Seite alle eigentliche diagnostische Bedeutung absprechen. So sagt z. B. PASCHKIS, dass er sie nur ausnahmsweise bei hereditärer Syphilis, dagegen oft bei Rachitis und Scrophulosis gesehen habe. So viel ich finden kann, huldigen jedoch in der Regel die Syphilidologen dieser Ansicht nicht; dieselben heben die HUTCHINSON'schen Zähne als ein sehr kräftiges Zeugniß für frühere hereditäre Syphilis hervor.

Was mich selbst anbelangt, so habe ich Zahnerosionen (nicht die typischen HUTCHINSON'schen) nicht selten sowohl bei völlig gesunden Personen wie bei solchen, auch Kindern (das jüngste davon ungefähr 8 Jahre alt) angetroffen, die an erworbener Syphilis litten, wo also von hereditärer Syphilis als der Ursache der Erosionen keine Rede sein konnte. Ich kann deshalb diesen Erosionen *an und für sich* keine eigentliche diagnostische Bedeutung gegenüber der hereditären Syphilis beilegen. Was die typischen HUTCHINSON'schen Zähne anbetrifft, so sind sie bei uns in Schweden viel seltener, als sie es in anderen Ländern zu sein scheinen, und dasselbe lässt sich auch von dem von FOURNIER beschriebenen »dent courte en plateau» sagen. Man sieht sie jedoch mitunter, und dann stets bei hereditär-syphilitischen Personen. So hatte ich vor einigen Tagen Gelegenheit ein neunzehnjähriges Mädchen mit hereditärer Syphilis zu sehen, die doppelseitige parenchymatöse Keratitis sowie typische HUTCHINSON'sche obere Schneidezähne und besonders im rechten Unterkiefer einen typischen »dent courte en plateau» hatte. Obschon alle mehr oder weniger deutlichen halbmondförmigen Einkerbungen an den Schneidezähnen kräftig für hereditäre Syphilis sprechen, so dürfen wir sie allein doch nicht als vollkommen sichere Zeugnisse für dieses Leiden ansehen. So

habe ich neulich einen Mann gesehen, der an den beiden oberen Mittelschneidezähnen hübsche halbmondförmige Einkerbungen hatte, in dessen Familie sich aber sicher keine Syphilis findet. Dieser Mann hatte in seiner Kindheit an schwerer Rachitis gelitten und sich im Alter von 16—17 Jahren Syphilis zugezogen. Hier fanden sich zwar halbmondförmige Einkerbungen an den Schneidezähnen, es fehlten aber die übrigen Eigenschaften, welche die charakteristischen HUTCHINSON'schen Zähne zeigen. Dazu fanden sich andere Zahnanomalien, die alle sicher in der von diesem Manne in seiner Kindheit durchgemachten Rachitis ihren Grund hatten.

Sollte ich es nun auf Grund dieses Exposés versuchen einige Schlüsse zu ziehen, so scheinen mir nur folgende Berechtigung zu haben:

1) Für hereditäre Syphilis völlig charakteristische (pathognomische) Zahnveränderungen giebt es nicht.

2) Typische HUTCHINSON'sche Zähne sowie deutliche halbmondförmige Einkerbungen an den oberen Mittelschneidezähnen zusammen mit solchen Einkerbungen in den übrigen Schneidezähnen oder den Eckzähnen sind *an und für sich* eine kräftige Stütze für die Vermuthung dass der Träger dieser Zähne an hereditärer Syphilis gelitten hat. Wahrscheinlich lässt dieses sich auch von FOURNIERS »dent courte en plateau» sagen.

3) Andere Zahnerosionen und Zahnanomalien beweisen in Bezug auf hereditäre Syphilis *an und für sich* nichts, können aber unseren Verdacht, dass diese Krankheit sich vorgefunden hat, mehr oder minder kräftig stützen, sobald auch andere Veränderungen, z. B. noch vorhandene Flecken in der Cornea, Veränderungen im Knochensysteme u. s. w. auf die Wahrscheinlichkeit hindeuten, dass dieses der Fall gewesen ist.

Auch wenn diese Zahnanomalien also nicht die grosse Bedeutung haben, die man ihnen von einigen Seiten hat beilegen wollen, so ist es doch entschieden unrichtig, ihnen, wie man von anderen Seiten gethan hat, alle Bedeutung abzusprechen. Mitunter können sie uns *an und für sich*, öfter aber doch im Verein mit anderen Veränderungen bei der Beurtheilung von dunklen, schwer zu deutenden Fällen, wo uns keine Anamnese zu Gebote steht, sehr gute Winke und voll berechnete Gründe geben, eine kräftige antisiphilitische Therapie in Anwendung

zu bringen. Die Litteratur hat auch über viele Fälle zu berichten, wo es diese Zahnveränderungen gewesen sind, die zu einer richtigen Diagnose und damit zu einer richtigen Behandlung geführt haben, die sicher in mehr als einem Falle den Patienten vor manchen schweren künftigen Leiden bewahrt hat.

Dass hereditäre Syphilis die Ursache der HUTCHINSONSchen Zähne und dieser halbmondförmigen Einkerbungen an den Schneidezähnen und den Eckzähnen, welche Zahnveränderungen *an und für sich* diagnostischen Werth haben können, sein kann, wird nunmehr zwar von den meisten Auctoren zugegeben. Eine andere Frage ist die: kann nur hereditäre und nicht möglicherweise auch in der frühesten Kindheit erworbene Syphilis solche Veränderungen in der Bildung der Zähne hervorrufen?

Meines Wissens ist FOURNIER der einzige, der diese Frage aufgeworfen hat. Er beantwortete sie dahin, dass sich von theoretischem Gesichtspunkte aus die Möglichkeit hiervon nicht verneinen lasse, doch sei noch kein einziger solcher Fall beobachtet worden.

In dem Krankenhause St. Göran hat sich mir indessen in diesem Jahre die Gelegenheit geboten, einen solchen Fall zu beobachten, über den ich hier in Kürze berichten will.

Zuerst will ich jedoch eine Frage zu beantworten suchen nämlich: können wir erwarten einen Unterschied in den Veränderungen in der Zahnbildung zu finden, wenn in der frühesten Jugend auf das Kind übertragene oder wenn hereditäre Syphilis ihre Ursache ist? Ja! dieses ist theilweise der Fall; ein Blick auf weiter vorn angeführte Tableau wird uns helfen, diese Frage zu beantworten.

Bei Syphilis, die, gleichviel wie kurze Zeit nach der Geburt, durch Uebertragung erhalten worden ist, zeigt sich stets der freie Theil (die Kaufläche) des ersten Mahlzahnes frei von allen durch Syphilis hervorgerufenen Veränderungen, indem dieser Theil des Zahnes schon gleich nach der Geburt ossificirt ist. Da es nun in der Regel einige Zeit danert, ehe dem Kinde die Syphilis mitgetheilt wird, so ist dann ein immer grösserer Theil des Zahnes ossificirt, und es können daher bei erworbener Syphilis diese Zähne nicht gern andere Veränderungen als möglicherweise Erosionen an dem am Zahnfleisch belegenden Theil der Zahnkrone darbieten.

Ein anderes ist das Verhältniss bei den Schneide- und Eckzähnen. Wird dem Kinde die Syphilis mitgetheilt, wenn es ein Alter von ungefähr 3—4 Monaten erreicht hat, so kann man bei ihm im Alter von 5—6—7 Monaten eine allgemeine Nutritionsstörung erwarten, die darin ihren Grund hat, dass die Syphilis dann, wie man sagt, constitutionell geworden ist. In diesem Alter beginnt nun die Ossification der Mittelschneidezähne und der Eckzähne, zum Theil auch der seitlichen Schneidezähne. Wir können da Veränderungen in der Spitze (dem freien Rande) der Mittelschneidezähne und der Eckzähne erwarten, während die seitlichen Schneidezähne davon verschont bleiben können, da sie zu dieser Zeit oft noch nicht zu ossificiren angefangen haben. — In einem solchen Falle können wir also ganz dieselben Veränderungen erwarten, die bei hereditärer Syphilis vorkommen.

Als Regel dürfte es gelten können, dass die Wahrscheinlichkeit für das Entstehen auf Syphilis beruhender Zahnveränderungen, namentlich solcher, welche denjenigen gleichen, die für die hereditäre Syphilis mehr oder weniger charakteristisch sind, eine um so geringere ist, eine je längere Zeit nach der Geburt die Syphilis auf das Kind übertragen wird.

Ich will nun zu dem Bericht über meinen Patienten zurückkehren.

*E. L. A.*, geboren am  $19/7$  1882, wurde in das Krankenhaus St. Görän am  $6/1$  1895 wegen einem Augenleiden und einer Auftreibung am linken Unterschenkel aufgenommen. Bei der Untersuchung zeigte es sich, dass er am linken Unterschenkel eine Periostitis und in den Augen eine bedeutende parenchymatöse Keratitis hatte, die ihn so gut wie vollständig des Sehvermögens beraubte.

Dass ich hier sofort hereditäre Syphilis vermuthete, zumal ich an mehreren Zähnen hübsche Veränderungen sah, kann ja nicht Wunder nehmen.

Ich erklärte den Eltern deshalb mit ziemlich grosser Sicherheit, dass hier ein Fall von hereditärer Syphilis vorliege und forderte sie auf, mir Aufschlüsse in diesen Hinsicht zu geben — bekam aber mit grösster Bestimmtheit die Antwort, dass hier zwar Syphilis vorliege, dass es aber keine hereditäre Syphilis sei, sondern dass sie der Knabe in seiner frühesten Kindheit durch Uebertragung bekommen habe.

Die Aufschlüsse, die ich von den Eltern erhielt, sind folgende: der Knabe war bei seiner Geburt ausgetragen und gesund; 6 Wochen alt bekam er die Masern, jedoch nur sehr gelinde, sodass er bald wieder vollständig hergestellt war. Hiernach zeigte er sich gesund und munter, bis er im Alter von 4—5 Monaten anfang schwächlich zu

werden, keine Nahrung nehmen wollte u. s. w., worauf man nach einiger Zeit Geschwüre am After entdeckte.

Die Mutter vermochte hierüber keine bestimmten Aufschlüsse zu geben, denn einige Wochen nach der Geburt bekam sie rheumatisches Fieber, wodurch es ihr unmöglich wurde, ihr Kind selbst zu pflegen, das sie einer anderen Frau zur Pflege übergab, von der es mitunter die Brust bekam, im allgemeinen aber künstlich ernährt wurde. Diese Frau litt, wie man später erfährt, an Syphilis. Sie besorgte die Pflege des Kindes zum grossen Theil, bis dasselbe 8—9 Monate alt war. Das Kind verblieb schwächlich und behielt die »Geschwüre« am After, so dass man schliesslich einen Arzt um Rath fragte, welcher erklärte, dass das Kind an Syphilis leide. Es wurde jetzt mit Einreibungen behandelt, wobei die »Geschwüre« am After verschwanden und es gesund wurde. Hierauf war das Kind ziemlich gesund, obschon es (ganz im Gegensatz zu den übrigen Kindern der Familie) sich nur langsam entwickelte, die Zähne erst spät bekam, spät zu sprechen anfangt u. s. w.

Indessen scheinen sich keine Symptome der Krankheit mehr gezeigt zu haben, bis der Knabe ungefähr 8 Jahre alt war, wo er nächtliche Schmerzen in den Beinen bekam, welche jedoch nach der Einnahme einer Medizin (Jodkalium) wieder verschwanden.

Seit dieser Zeit hat der Knabe sich wieder ziemlich gesund gefühlt und sich auch ziemlich kräftig entwickelt, bis er im December 1894 anfangt, etwas lichtscheu zu werden und nur mit einiger Schwierigkeit genau sehen zu können. Dieses wurde immer schlimmer und schlimmer. Kurz vor Weihnachten bekam er eine Auftreibung am linken Schienbein, die sich allmählich vergrösserte. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus St. Göran am 6/1 1895 hatte der Knabe, wie ich bereits erwähnt habe, eine bedeutende doppelte Keratitis und am linken Schienbein eine syphilitische Periostitis. Im übrigen war an seinem Körper keine Spur von Syphilis zu entdecken, und nur an den Zähnen zeigten sich folgende Veränderungen (siehe die Tafel):

Die Kronen der oberen Mittelschneidezähne sind gesund, obschon sie eine schmutzige gelbbraune Farbe haben; diese Zähne sind klein und kurz und werden nach dem freien Rande hin etwas schmaler; am unteren Theile derselben findet sich ein halbmondförmiger Defect des Email's (vollständig demjenigen an den »dents d'HUTCHINSON« ähnlich); das Dentin ist indessen noch vorhanden und bildet einen ziemlich geraden freien Rand des Zahnes.

An den seitlichen oberen Schneidezähnen finden sich keine Erosionen; diese Zähne sind aber klein, fehlerhaft geformt und fehlerhaft implantirt.

Längs des freien Randes aller vier unteren Schneidezähne finden sich oberflächliche Erosionen, ebenso sieht man Erosionen in der Form von Punkten an den etwas missfarbigen Kronen dieser Zähne.

An allen vier Eckzähnen zeigen sich völlig gleichartige Veränderungen; an der Spitze dieser Zähne fehlt das Email vollständig; durch diesen Defect wird ein hübscher halbmondförmiger Einkerbung oder,



richtiger gesagt, eine schalenförmige Vertiefung erzeugt, aus deren Mitte eine kleine missfarbige Dentinspitze hervorragt.

Die prämolares sind alle gesund.

Der erste Mahlzahn an der rechten Seite des Unterkiefers ist vollkommen gesund und zeigt überall ein völlig entwickeltes Email; derjenige an der linken Seite fängt an, etwas zerfressen auszusehen, zeigt aber keine Spur einer syphilitischen Veränderung; dasselbe ist mit den ersten Mahlzähnen des Oberkiefers der Fall.

Die zweiten Mahlzähne sind gesund.

Wir finden in diesem Falle also ganz dieselben Zahnveränderungen, die wir bei vererbter Syphilis finden können.

Sollten wir nun, auf die Schlüsse gestützt, die zu ziehen ich mich auf Grund meines vorstehenden Exposés für berechtigt angesehen habe, in diesem Falle ein Urtheil fällen wollen, so dürften wir ja sagen können: diese halbmondförmigen Defecte im Email der oberen Mittelschneidezähne sowie auch der Eckzähne sind an und für sich eine sehr kräftige Stütze für den Verdacht, dass hier hereditäre Syphilis vorliegt. Mit noch viel mehr Grund dürften wir diesen Schluss ziehen können, da sich ausserdem ein für hereditäre Syphilis so sprechendes Zeichen wie diese doppelseitige parenchymatöse Keratitis findet.

Es wäre wirklich zu verzeihen, wenn hier der Verdacht entstände, dass die Angabe der Eltern, die Syphilis sei auf den Knaben in seiner frühesten Kindheit übertragen worden und es liege hier also ein Fall von zugezogener Syphilis vor, nicht der Wahrheit gemäss sei. Können wir diese Angabe der Eltern in irgend einer Weise controliren? Ja! wir können es ziemlich sicher durch Untersuchung der Familie thun.

Ich habe Gelegenheit gehabt, diese Familie einer genauen Untersuchung zu unterwerfen. Weder bei dem Vater, noch bei der Mutter habe ich eine Spur von Symptomen gefunden, die auf eine frühere Syphilis hindeuten könnten; dieses bedeutet ja aber nicht so viel. Mehr bedeutet es, dass ich auch bei keinem einzigen der vier Geschwister des Patienten das geringste auf Syphilis hindeutende Zeichen oder Reste von einer früheren hereditären Syphilis gefunden habe; alle sind sie vollkommen gesund und frei von Veränderungen in den Zähnen, den Augen, den Ohren u. s. w.

Noch mehr! wir wissen, dass bei Syphilis in der Ehe die Polyletalität ein charakteristischer, oft vorkommender Zug der Nachkommen ist. Fehlgeburten, Geburten mehr oder weniger



ausgetragener Kinder, die bald nach der Geburt sterben, sind ja die Regel.

In dieser Familie haben wir nicht eine einzige Fehlgeburt anzuzeichnen. Zwar wurde ein Kind, 4 Jahre nach unserem Patienten, todt geboren; dasselbe war aber ausgetragen und starb erst in den letzten Minuten der Entbindung (in Folge, wie die Mutter angiebt, einer Nachlässigkeit der Hebamme). Vor meinem Patienten ist ein Kind und in den nächsten Jahren nach ihm sind drei Kinder geboren worden; alle disse Kinder leben und sind vollständig gesund.

Alles dieses spricht ja ganz sicher dafür, dass hereditäre Syphilis sich nicht in der Familie findet; dass mein Patient nicht an hereditärer Syphilis gelitten hat, dafür kann ja auch die völlig gesunde Beschaffenheit seiner ersten Mahlzähne sprechen.

Für die Wahrscheinlichkeit, dass die Angabe der Mutter betreffs der Zeit der Uebertragung der syphilitischen Krankheit auf unseren Patienten richtig ist, spricht sehr die Beschaffenheit seiner Zahnveränderungen. Wahrscheinlich ist er, wie die Mutter glaubt und angiebt, im Alter von ungefähr 3—4 Monaten angesteckt worden. Als er ungefähr sechs Monate alt war, ist die Syphilis constitutionell geworden und die dadurch verursachte Störung in der Nutrition hat dann angefangen auf die gerade zu dieser Zeit stattfindende Ossification der Spitzen der Schneide- und Eckzähne nachtheilig einzuwirken, wogegen sie keine Veränderungen in den ersten Mahlzähnen, die schon zum grossen Theile entwickelt und ossificirt waren, hervorzurufen vermochte.

Wir haben also nicht den geringsten Grund, die Angabe der Eltern zu bezweifeln, dass hier ein Fall von erworbener Syphilis vorliegt. Höchst ungewöhnlich ist es, dass sich gleichwohl eine solche Augenaffection und solche Zahnveränderungen finden, wie wir sie bei hereditärer Syphilis sehen.

Was den Verlauf der Leiden meines Patienten anlangt, so ist derselbe ganz der gleiche wie bei hereditärer Syphilis gewesen. Bei einer kräftigen antisiphilitischen Behandlung (Ueberstreichungen mit Mercurialsalbe) verschwand die Periostitis bald. Die Zahnanomalien bestehen natürlicherweise fort und werden dieses auch thun, bis das nicht mit Email bekleidete Dentin der afficirten Zähne abgenutzt ist; dieses ist während der Zeit, welche der Patient im Krankenhause gelegen

hat, mit der Dentinspitze des rechten oberen Eckzahnes geschehen. — Was die Keratitis anbelangt, so ist sie zwar langsam, aber sicher in Verbesserung übergegangen; der Patient kann gegenwärtig die ausgestreckten Finger der Hand sehen und zählen, ja in den letzten Tagen ist es ihm sogar, wenn auch nur mit Schwierigkeit, möglich gewesen zu unterseheiden, wie viel die Uhr war; noch besteht jedoch eine bei weitem nicht unbedeutende Verdunkelung der Cornea beider Augen fort.<sup>1)</sup>

Ebe ich schliesse will ich noch darauf hinweisen, dass dieser Knabe nur einmal, und dieses gleich nach der Entdeckung, dass seine Krankheit Syphilis war, mit Quecksilber behandelt worden ist. In so gut wie allen von mir beobachteten Fällen von Syphilis hereditaria tarda mit mehr oder weniger bedeutenden destructiven Processen ist das Verhältniss ungefähr dasselbe gewesen — keine oder nur eine sehr unbedeutende Behandlung des Kindes mit Quecksilber in seinem frühesten Alter. Ganz natürlich entsteht da der Gedanke: wäre es nicht möglich gewesen, dass solchen schweren Leiden hätten vorgebeugt werden können, wenn man diese Patienten in ihrer frühesten Kindheit intermittent präventiv behandelt hätte. Ich für meinen Theil bin überzeugt davon, dass es in einer Menge von Fällen geschehen sein würde, und ich will nun hier, wie schon viele Male früher, hervorheben, dass ich es als unsere Schuldigkeit ansehe, bei hereditärer sowohl wie bei erworbener Syphilis diese Behandlungsmethode anzuwenden. Es ist sehr sicher, dass wir mit einer solchen Behandlung bei den Kleinen ebenso günstige Ergebnisse wie bei den

<sup>1)</sup> Erst neulich hat TROUSSEAU, welcher der Ansicht ist, dass alle parenchymatöse Keratitis auf Syphilis — erworbener oder hereditärer — beruht, hervorgehoben, dass die durch erworbener Syphilis verursachte Keratitis im Gegensatz zu der durch hereditäre Syphilis hervorgerufenen oft einseitig ist und, wenn kräftige spezifische Mittel angewendet werden, verhältnissmässig gelinde verläuft. Er sagt jedoch, dass er einen Fall (einen 8-jährigen Knaben) mit erworbener Syphilis gesehen habe, wo die parenchymatöse Keratitis doppelseitig und der Verlauf derselben ein sehr langsamer war, daher er vermuthet, dass die jugendliche Cornea dem Gifte der sich dort localisirenden Syphilis einen geringeren Widerstand zu leisten vermag, als diejenige erwachsener Personen. Die geringe Erfahrung, die ich habe, stimmt mit TROUSSEAU's überein: im zwei Fällen von parenchymatöser Keratitis bei Erwachsenen mit ziemlich frischer Syphilis war die Keratitis einseitig und ihr Verlauf ein ziemlich schneller; bei dem jetzigen Patienten ist sie doppelseitig mit einem sehr langsamen Verlauf.

Grossen erzielen werden. Es ist auch meine volle Ueberzeugung, dass wir durch eine solche Behandlung viele male das Auftreten der so ansteckenden, für die Umgebung so gefährlichen secundären Symptome bei diesen Kleinen würden verhindern können, während wir durch dieselbe gleichzeitig dazu beitragen dass diese in der Kindheit, beim Eintritt der Pubertät und auch später auftretenden tertiär-syphilitischen destructiven Prozesse immer seltener und seltener werden.









## Obstetricisk-gynäkologisk Literaturoversigt for 1894.

Af

Dr. med. LEOPOLD MEYER

i Köbenhavn.

Efter Opfordring fra Red. har jeg forfattet følgende Fortsættelse af de »Literaturoversigten», jeg har leveret til HOWITZ's gynäkol. og obstetr. Meddelelser. Hvor jeg i det følgende henviser til »Literaturoversigter» med Bind- og Sidetal, menes der dette Tidsskrift. Ligesom dér vil den nordiske Literatur, der må antages at være Läserne bekendt dels gennem de lokale Tidsskrifter, dels fra Referaterne i »Nord. med. Ark.», kun blive omtalt, for så vidt vedkommende Afhandling bidrager til at belyse et i Oversigten udførligere behandlet Ämne, eller når andre, lignende Grunde tale derfor.

Läserne bedes godhedsfuldt undskyldte Oversigtens sene Fremkomst.

**Svangerskab.** Angående Stoffers Overgang fra Moder til Foster er der fremkommen en Del Undersøgelser af Interesse. De fleste angå Overgangen af Bakterier; men også om Giftstoffer foreligger der Meddelelser, således af PORAK (Paris): *Du passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta* (Arch. de méd. expériment. 1894, Nr 2, S. 192—223). Forf. har hos Marsvin undersøgt en Del Giftes Overgang til Fostrene, i det han har søgt, ved at begynde med små Doser og så stige, at hindre akute Forgiftningstilfælde. Medens Kviksölv ikke kunde påvises hos Fostrene (men i stor Mængde i placenta), fik han positivt Resultat med Arsenik, Bly

og Kobber. Overgangen af Atropin påvistes ved Pupildilatation (der ikke påvirkedes af Eserin); Overgangen af Fosfor var sandsynlig, at dømme efter de hos Fostrene påviste parenkymatøse Degenerationer af Organerne. Medens Giftstofferne hos voksne i Regelen ophobes i Leveren, er dette ikke Tilfældet hos Fostrene. Arsenik fandtes i Fostrenes Hud, Kobber i deres Lever og Nervesystem, undertiden i Huden, Bly især i Huden, men også i Lever og Nervesystem. — Af CHARRIN og DUCLERT (Paris): *Des conditions qui règlent le passage des microbes au travers du placenta* (Sem. méd. 1894, Nr 34, S. 273—74; Nr 40, S. 321—322) er meddelt Forsøg angående den Betydning, Toxinerne have for Bakteriernes Passage gennem placenta (ved at fremkalde sygelige Tilstande i denne). De have eksperimenteret med Marsvin og have injiceret bacill. pyocyan. og dernæst end videre Mallein, Tuberkulin eller Stofskifteprodukter af Bakterien i det blå pus. De fandt da, at Fostrene vranglede af bacill. pyocyan., medens de af 4 Kontroltilfælde, hvor de injicerede Bakterier, men ikke Toxiner, kun fik positivt Resultat i 1 Tilfælde. Anvendte de i Steden for Toxiner forskellige Giftstoffer, som Bly, Kviksølv, Mælkesyre, Alkohol, fik de også positivt Resultat, og især Mælkesyre og Alkohol begunstigede Mikrobernes Passage gennem placenta. — CHAMBRELENT og SUBRAZES have påvist Overgang af Streptokokker hos Marsvin (Journ. de méd. de Bourdeaux 1893. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 49, S. 1280). De injicerede en Bouillonkultur i Moderens Öre og fandt de 12 Dage gamle, linsestore Fostre vranglede af Streptokokker. Hos Mennesker har AUCHÉ påvist tilsvarende Forhold (Revue gén. de méd. etc. 1893, Nr 2. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 7, S. 176). En Kvinde med variolæ aborterede på Suppurationsstadiets 3dje Dag; i Blodet fra det 3½ Md. gamle Fosters Hjärte og Lever kunde der dyrkes Streptokokker. Moderen døde, og i hendes Blod fandtes ligeledes Streptokokker. I et andet Tilfælde kom der Abort i 2den Måned på Suppurationsstadiets 4de Dag. Fötus udstødtes i Hinderne; i dets Blod fandtes staphylococcus aur. ligesom i Hjärte, uterus, Lever og Nyre af den snart efter døde Moder. — Særlig Interesse frembyde Undersøgelserne over kongenit Tuberkulose og Placentartuberkulose. Det sidste Spørgsmål behandles på ny i en Afhandling af F. LEHMANN (GUSSEROWS Klin., Berlin): *Weitere Mittheilungen über Placentartuberculose* (Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr 26, S. 601—3). Foruden Forf:s tidligere meddelte Tilfælde (se Literaturovers. X. 3, S. 221), af hvilket der gives en Afbildning, der viser et tuberkulöst Fokus's Sæde i decidua, beskriver Forf. et nyt Tilfælde. Pat. led af kronisk Lunge- og Larynxftise; Barnet døde 10de Dag p. p.; ved Sektionen fandtes ikke Tegns på Tuberkulose. I placenta fandtes 8—10 foci, og disse viste sig her i direkte Forbindelse med villi — på en Afbildning ses en Villusgren stråle direkte ind i det i Midten kaseøse focus. I alle foci fandtes få Tuberkelbaciller. I en følgende Artikel med samme Titel (s. St., Nr 28, S. 646—47) meddeler Forf. et Tilfælde, der dog intet har med Placentartuberkulose at gøre, for så vidt placenta slet ikke blev undersøgt. Moderen døde 2 Dage efter Födelsen; ved Sektionen fandtes en gammel Lungeftise, frisk Meningealtuberkulose, enkelte Knuder i



Omentet. Peritonæum og uterus, særlig Placentalstedet, fri for Tuberkler (makroskopisk). Barnet døde 24 Timer p. p. Der fandtes en noget ældre Tuberkulose af Mesenterial- og Bronkialkirtler, Eruption af friske (dog mindst 1 Uge gamle) Tuberkler i Lever, Milt og Lunger. Overalt mange Tuberkelbaciller. SCHMORL og KOCKEL (Leipzig) have i 4 Tilfælde iagttaget tuberkuløse Forandringer i placenta: *Die Tuberkulose der menschlichen Placenta und ihre Beziehungen zur kongenitalen Infektion mit Tuberkulose* (Zieglers Beitr. 16. 2, S. 313—39). I 3 af disse Tilfælde fandtes der ikke Tuberkulose hos Fostrene; i det 4de fandtes derimod Tuberkelbaciller i Fosterets Lever, lig. hepato-duodenale og i en lille portal Lymfekirtel. E. THIURELIN og P. LONDE: *Deux nouveaux cas de tuberculose congénitale* (Méd. moderne 1893, Nr 32. Ref. Centralbl. f. Chir. 1894, Nr 24, S. 563) meddele om 2 Tilfælde, hvor Mødrene døde snart efter Fødselen med udtalte Symptomer på Lunge- og Tarmtuberkulose; ingen Sektion. I det ene Tilfælde blev heller ikke Barnet seceret; men Indpodning med Stykker af placenta fremkaldte Tuberkulose hos det podede Marsvin. I det andet Tilfælde fandtes der en stor Mængde Tuberkelbaciller i Milt, Lever og Nyre hos det 4de Dag p. p. døde Barn; derimod manglede makroskopiske Forandringer. Et Marsvin, som blev indpodet med Blod, der strax efter Fødselen toges fra Navlesnoren, døde af generel Tuberkulose. — Et Tilfælde af medfødte morbilli meddeles af W. BALLANTYNE (Edinb. med. j. 1893, March. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 5, S. 128). Moderen fik morbilli i 5te Måned og aborterede, da Exantemet begyndte at afbleges. Fosteret fødtes levende med Morbilli-exantem i Ansigtet, på Ryggen og på Underextremiteterne.

Af større Operationer i Svangerskabet, særlig Fjærnelse af Ovariekyster og Fibromyomer, meddeles som sædvanlig talrige Tilfælde. Nødvendigheden af Ovariectomi i Svangerskabet fremstilles tydeligt i en Afhandling af LUIGO MANGIAGALLI (Milano): *Ovariectomie während der Schwangerschaft und nach der Geburt* (Berl. kl. W. 1894, Nr 21, S. 491—93). Forf. har udført 5 Ovariectomier i Svangerskabet, deraf 4 under gunstige Omstændigheder, og alle kom sig uden Afbrydelse af Svangerskabet (hos 1 af Patienterne måtte dog senere fremkaldes Abort på Grund af ustandselige Brækninger); hos 1 var der Suppuration i Kysten, Ruptur af denne og septisk peritonitis; hun døde få Timer p. o. I Puerperiet har MANGIAGALLI 11 Gange måttet gøre Ovariectomi, 4 Gange på Grund af Stilktorsion og Suppuration eller peritonitis, 5 Gange på Grund af Kystesuppuration, 1 Gang på Grund af Ruptur af Kysten og 1 Gang på Grund af Blødning i denne. De 9 kom sig. Forf. drager af sine Tilfælde den Slutning, at man af Hensyn til de Farer, der true Pat. med en Ovariekyste i Svangerskab og Barselsæng, bør foretage Ovariectomi i Svangerskabet, helst i dettes første Halvdel, hvor han også antager, at Faren for Svangerskabets Afbrydelse er mindst. — Fjærnelse af Fibromyomer uden Afbrydelse af Graviditeten meddeles af HEINRICIUS (Helsingfors): *En 2:dra serie af 100 laparotomier*. Nr CXCH (Finska läkaresällsk. handl. 1894, Nr 10, S. 700) og MACKENRODT (Zeitschr. f. G. u. G. 31. 2, S. 452—53). H's Pat. var en 43-årig I-gravida i 6te Måned. Tumor vejede

1600 Gm, udgik med en håndfladestor, kort Stilk fra v. Side af fundus. Sårfladen lukkedes med Étagesuturer. M's Pat. var i 3dje Måned. Fibromyomet, der var i begyndende Henfald, måtte enukleeres, og decida blev et enkelt Sted lagt blot. Alligevel kom, som sagt, Pat. sig uden at abortere. Totalexstirpation per laparotomiam af den fibromyomatöse, gravide uterus meddeles af LEOP. v. DITTEL (CHROBAKs Klin., Wien): *Zur Casuistik der Laparotomien* (Wien. kl. W. 1894, Nr 33, S. 609—13) og af CHARLES N. SMITH (Toledo, Ohio): *Total extirpation of the uterus for myofibroma complicated by pregnancy* (Amer. j. of obst. Septb. 1894, S. 365—69). I D's Tilfælde var Pat. en 39-årig 1-gravida i 5te Måned med store Fibromyomer. Glat Helbredelse. SMITHs Pat. var en 27-årig Kone i 4de Måned. S. gjorde først Laparotomi, men lukkede atter Bughulen uden videre Indgreb. Efter at have tænkt over Sagen gentog han dog Operationen 15 Dage senere og fjærned hele uterus ved en kombineret vagino-abdominel Operation. Uterinkaviteten med Posteret lå opad, de fibröse Masser nedad. Helbredelse.

Det hele Spørgsmål om Fibromyomernes Forhold til Svangerskab, Fødsel og Barselsæng og omvendt underkastes en indgående Undersøgelse i en større Afhandling af M. HOFMEIER (Würzburg): *Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf die Conception, Schwangerschaft und Geburt* (Zeitsehr. f. G. u. G. 30. 1, S. 199—256). Støttende sig til over 200 af Forf. selv iagttagne Tilfælde af Fibromyomer (der meddeles tabellarisk), kommer han til Resultater angående disse Svulsters Indflydelse på Generationsprocesserne, der i meget afvige fra de gängse Anskuelser. Han hävder således, at det er fejlagtigt at mene, at ngifte hyppigere lide af Fibromyomer end gifte, og ligeledes hävder han, at disse Svulster kun sjældent forårsage Sterilitet, ja at de (eller de ved dem fremkaldte Tilstande) endog hyppig begunstige Konceptionens Indträden. Han søger ligeledes at vise, at de kun sjældent forårsage betydeligere, i alt Fald ikke farlige Forstyrrelser i Svangerskabet, at de ere en langt mindre farlig Fødselskomplikation end almindelig angivet (Hovedfaren, mener han, ligger i Efterbyrdsperioden), og at de ikke i og for sig betinge Farer i Barselsängen. Han advarer derfor imod at afbryde eller operere i Svangerskabet uden i særlige Undtagelsestilfælde; ligeledes fraråder han bestemt at söge at fjærne (enukleere) Svulsterne under Fødselen, hvor der ikke er særlig Indikation herfor; Indgrebet er mindre farligt og lettere nogle Uger senere. Om man end ikke på alle Punkter kan give Forf. Ret i, at hans Tal og Overvejelser med Nödvendighed före til de ovennævnte Slutninger, kan man ikke andet end indrömme Rigtigheden af hans Kritik af de Påstande, hvorpå de nu mest gängse Anskuelser om disse Spørgsmål baseres. Til denne Afhandling slutter sig i flere Henseender nöje en Meddelelse af APFELSTEDT (RUNGES Klin., Göttingen): *Zur operativen Behandlung der Myome während der Schwangerschaft und Geburt* (Arch. f. G. 48. 1, S. 131—54). I Tilslutning til et af RUNGE ved Svangerskabets Slutning med Held udfört Porrosk Kejsersnit (med intraperitonäal Stilkbehandling) for fibromyomata uteri, kommer Forf. ind på Spørgsmålet om Behandlingen af Graviditet kompli-

ceret med disse Svulster. Støttet til Statistiken, der viser meget dårlige Resultater for de forskellige, i Svangerskabet foretagne Indgreb (navnlig for supravaginal Amputation, men også for Eukleation af Svulsterne og for abortus provocatus), kommer Forf. i Hovedsagen til samme Resultat som HOFMEIER, nemlig at man bør expectere i Svangerskabet. Ved Fødselen vil der ofte blive Tale om Kejsersnit, og da er Porros Operation at foretrække for det konservative Kejsersnit.

Om appendicitis i Svangerskabet foreligger der ikke meget i Literaturen. KRAFFT (Revue méd. de la Suisse rom. 1893, Nr 12. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 52, S. 1359—60) har iagttaget følgende Tilfælde. Hos en 25-årig I-gravida, der allerede havde haft flere Anfald, kom der i 4de Måned på ny Symptomer på Peritylit, meget hæftige, med Tegn til Perforation, dobbeltsidig pleuritis o. s. v. Da der havde udviklet sig en tydelig Udfyldning og der ved Prøvepunktur var fundet pus, gjordes Incision med Udtømmelse af fäkulent pus. Proc. vermiformis fandtes ikke; uterus lå lige op ad Abscessens Væg. Drænage; Helbredelse; rettidig Fødsel ved Naturen. I Anledning af dette Tilfælde meddelte MURET et Tilfælde, hvor Pat. blev syg i 5te til 6te Måned med Smerter i højre fossa iliaca og Feber. Tilfældene tabte sig; men 2 Dage efter den rettidige Fødsel kom der dødelig Perforationsperitonitis, og ved Sektionen så man, at uterus ved at formindskes havde løsnet Adhærencer og Sammenvoxninger og derved forårsaget Peritoniten. Han omtalte med det samme et Tilfælde af tyfoid Feber i Svangerskabet, hvor der 2 Dage p. p. kom peritonitis ved Perforation af en af de Peyerske plaques.

Om Ulykkestilfælde ved Fjærnelse af Abortrester fra Uterinkaviteten foreligger der en hel Række Meddelelser, hvis Fremkomst for en stor Del er fremkaldt ved et Foredrag af ALBERTI (Potsdam): *Ein Fall von Perforation des Uterus beim Curettement mit Vorfall und Einklemmung des Darmes* (Centralblatt f. Gyn. 1894, Nr 39, S. 937—40) og efterfølgende Diskussion i Berl. Gesellsch. f. Geburtsh. (Zeitschr. f. G. u. G. 30. 1, S. 298—305). I det af A. meddelte Tilfælde havde en Læge foretaget Udskrabning af uterus hos en 32-årig Kvinde, der havde født 5 Gange, sidste Gang for 6 År siden, og som nu vist nok var i omtr. 2den Svangerskabsmåned og blødte stærkt. Efter Udskrabning indførte han en Koruttag for at fjærne de løsnede Abortrester, men trak i Steden for en Tarmslynge ned i vagina. Pat. førtes strax til Sygehuset, hvor A. 3 Timer efter Ulykkestilfældet gjorde Laparotomi. Der fandtes en 3—4 Cm. lang sol. continui i uterus, og herigennem gik Tarmslyngen ned. Den var så fast omsluttet af orif. int., at A. måtte gøre flere Indkærvinger i dette med en Herniotom, før det lykkedes at trække Slyngen frem. Den inkarcererede Del af denne var 17 Cm. lang. Uterinvævet var yderst tyndt og mørt; Riften i det lukkedes med Vanskelighed ved 4 Lembertske Suturer. Pat. kom sig uden synderlig Reaktion. 4 Uger p. o. måtte der atter gøres Udskrabning på Grund af Blødning og atter 6 Uger senere, hvorefter hun nogle Gange pesledes intrauterint med Jodtinktur; senere ingen Blødning. — I den påfølgende Diskussion meddeltes en hel Række tilsvarende Tilfælde. VEITS Tilf. angik,

så vidt man kan se, Placentarretention efter rettidig Fødsel. Lågen vilde fjærne de tilbageholdte Rester med Korntangen 4de Dag p. p., men trak en lang Tarmslynge ned i vagina. V., der strax tilkaldtes, fólte Perforationen i uteri Bagvåg. Han åbnede fossa Dougl.; men Reposition af Tarmen lykkedes først efter Dilatation af Perforationsstedet. Da det blødte stærkt herfra og uteri Indhold var septisk, gjorde V. vaginal Totalexirpation af uterus. Død af septisk peritonitis. I GUSSEOWS Tilfælde vilde en Låge fjærne Abortrester med Korntangen hos en 39-årig Pat., men trak et stort Stykke Oment ned i vulva. Pat. bragtes strax til Charitéen, og G. gjorde Laparotomi. Rigelig Blødning fra Perforationsstedet. Omentet underbandtes og gennemskares, og uterus med deri siddende Omentstump amputeredes. Alt gik godt på en Bugvågsabscess nær; men 25te Dag p. o. døde Pat. pludselig af en embolia art. pulm. udgået fra en thromb. v. femoral. ORTHMANN havde set følgende Tilfælde. Hos en 26-årig Kvinde blev der efter en Abort i 3dje Måned gjort Udskrabning, og derpå Korntangen indført for at fjærne mulig tilstedeværende Deciduatjavser. Herved blev en overreven og fra Mesenteriet løsnet Tarmslynge trukket frem. Tarmen blev desinficeret og reponeret, og derpå gjordes Laparotomi. Det syntes, som om Tarmen havde været adhærent til fundus uteri. Adnexa uteri fjærnedes, corpus uteri amputeredes, den sønderrevne Tarmslynge reseceredes. Pat. kom sig. OLSHAUSENS Tilfælde lignede dette, men endte dødeligt. Uterus blev perforeret opad og bagtil med Korntangen, og en Tarmslynge trukket frem. Pat. førtes til Klinikken, og O. gjorde strax Laparotomi. I det Tarmen blev trukket frem, viste det sig, at den var overreven. Der kom Tarmindhold ud i Underlivet, og trods Tarmresektion døde Pat. af akut sepsis. I A. MARTINS Tilfælde havde en Låge udskrabet uterus og derpå med Korntang trukket noget frem, som han mente var Navlesnor, men som viste sig at være en 75 Cm. lang Tarmslynge, som Lågen havde revet løs fra dens mesenterium. Pat. døde få Timer senere. Desuden er det hændet M. selv 1 Gang og hans Assisterter 2 Gange, at de under tilsvarende Omstændigheder have fattet en Tarmslynge med Korntangen; men de have strax bemærket det og sluppet; Tarmen er da gledet tilbage af sig selv, og der er aldeles ikke kommet nogen Reaktion herefter. MARTIN forsvarede derfor i Diskussionen Brugen af Korntangen under de anførte Omstændigheder, i det han mente, man med Forsigtighed kunde undgå Færerne; derimod angrebes Korntangen hæftigt af GUSSEOW, VEIT og OLSHAUSEN; man kan lige så let perforere uterus med et andet Instrument; men Faren for at fatte en Tarm ell. lign. og trække den ned, er særlig stor ved Anvendelse af Korntangen. — Også fra Wien meddeles et lignende Tilfælde af FLEISCHMANN (Centralblatt f. Gyn. 1894, Nr 40, S. 980—81). Hos en 34-årig IV-gravida, der aborterede i 3dje Måned, søgte Lågen, en erfaren og övet Gynækolog, at fjærne Abortrester med Korntangen, men trak en Tarmslynge frem. Pat. bragtes strax til Hospitalet, hvor BILLROTH gjorde Laparotomi. Tarmslyngen viste sig efter at være trukket frem stærkt läderet, så at 24 Cm. måtte reseceres; også et Stykke läderet Tyktarm måtte reseceres. Uterinsåret lukkedes

med Suturer. Der opstod store parametriske Exsudater; men Pat. kom sig og har senere 3 Gange været gravid. F. har dog hver Gang fremkaldt Abort særlig af Frygt for en mulig Bristning af Arret i fundus. — Her hjemme har OSCAR BLOCH meddelt et Tilfælde af Perforation med Sonden af uterus 2 Måneder efter en rettidig Fødsel: *Nil nocere* (Ugeskr. f. Læger 1894, Nr 50, S. 1175—85). Pat. døde 36 Timer efter af akut sepsis. Uterinvævet fandtes »blødt som Smør». I det af LANGBALLE (Randers) meddelte Tilfælde: *Nil nocere* (S. St. 1895, Nr 1, S. 16—17), hvor han 1 Time efter en besværlig Forløsning i 35te Uge gjorde Udskrabning og pludselig opdagede, at han skrabelede løs på forreste Bugvægs Peritonæalflade, kom Pat. sig uden synderlig Reaktion. — Endnu må i denne Sammenhæng refereres en Meddelelse af FRITSCH (Bonn): *Ein Fall von völliger Schwund der Gebärmutterhöhle nach Auskratzung* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 52, S 1337—39). Hos en omtrent 25-årig Kvinde havde en Læge på Grund af nogen Blødning foretaget en meget energisk Udskrabning 24 Dage p. p. Herefter var Pat. rask; men menses havde aldrig senere indfundet sig, og hun havde ikke senere koneiperet. Lidt over 2 År senere konsulerede hun derfor F., der fandt en 2 Cm. lang Cervikal-kanal, men Uterinhulen i øvrigt fuldstændig oblitereret. Med Kniv og Dilatator blev der banet en Gang i uterus; men den lukkede sig hurtigt igen. Da Pat. i øvrigt var fuldstændig rask, særlig fri for alle Menstruationsbesværligheder, tilrådede F. hende ikke at foretage noget yderligere. F. mener, at Tilfældet kan tjene til Advarsel mod at udskrabe for energisk i Puerperiet, medens Uterinmuskulaturen endnu er blød.

Til Slutning i dette Afsnit skal Ref. nævne en Undersøgelse om Stofskiftets Forhold i de sidste Dage af Svangerskabet af ZACHARJEWSKY (Kasan): *Ueber den Stickstoffwechsel während der letzten Tage der Schwangerschaft und der ersten Tage des Wochenbettes* (Zeitschr. f. Biol. N. F., Bd 12. 3, S. 368—438). Forf. har ikke, som tidligere Undersøgere, nøjedes med at bestemme Kvälstofmængden i Urinen; men han har bestemt denne i Kosten, i fæces, i Urin, i Lokkier og afsondret Mælk. Han er derved nået til Resultater, der udvide og supplere, delvis afvige fra tidligere Undersøgere. Men da han kun har 9 Tilfælde, har han ikke sammenstillet sine Resultater i Teser, og de mange Tal og Tabeller egne sig ikke til at refereres. Vi må derfor nøjes med at gøre opmærksom på dette Arbejdes Fremkomst.

**Fødselen.** Vi skulle begynde her med at omtale et større Arbejde om Fødselsmekanismen af H. OSTERMANN (Berlin): *Die Cardinalbewegung des Geburtsmechanismus* (Zeitsehr. f. G. u. G. 29, S. 199—252). Hensyn til Pladsen tillader ikke at give et udførligt Referat af denne Afhandling; men vi skulle dog henlede Opmærksomheden på dette interessante Arbejde, i hvilket Forf., næst efter at have kritiseret de forskellige gängse Forklaringsmåder for Fødselens Mekanisme, særlig for Rotationen af det dybest liggende Parti af den forliggende Del fortill, søger at vise, at man i denne Henseende har været

tilbøjelig til at tage altfor lidt Hensyn til Fosteret som Helhed, og at der særlig tillkommer Hvirvelsøjlenes Bøjninger og Bøjelighed stor Betydning i nævnte Henseende.

Om følgende Metode for Bækkenmålingen har nogen praktisk Værdi, må stå hen; men den fortjener dog at nævnes. Den beskrives af REYNAUD (Marseille): *Un procédé de mensuration externe, permettant de reconnaître la viciation du bassin chez la femme* (Sci. méd. 1894, Nr 29, S. 236). R. angiver, at Afstanden mellem de 2 spinae il. ant. sup. hos den voxne Kvinde med normalt Bækken er lige Halvdelen af Afstanden mellem spina il. ant. sup. og nederste Punkt af patella (gennemsnitlig 23 og 46 Cm.), og at enhver Afvigelse fra dette Forhold antyder Bækkenforsnævring. — Hvad angår Bækkenmålingen, have Fødselshjælperne jo altid ivrig søgt efter ved Siden heraf også at kunne udmåle den anden Faktor ved Passagen: Fosterhovedet, og det har været påstået, at man, i alt Fald hvad Fosterhovedets Form angik, altså Forholdet mellem Fosterhovedets forskellige Diametre, kunde drage Slutninger af Moderens Hovedform. Dette Forhold har ALFRED GOENNER (Basel) gjort til Genstand for en omhyggelig Undersøgelse: *Das Verhältniss des Schädels der Mutter zu dem des Kindes und dessen geburtshülftliche Bedeutung, mit gleichzeitiger Berücksichtigung des mütterlichen Beckens* (Zeitschr. f. G. u. G. 28. 2, S. 197—209). Ved nøje at udmåle Mödrenes og de nyfødte Børns Hoveder i 100 Tilfælde er Forf. imidlertid kommen til det Resultat (som han også fremstiller grafisk i flere Kurver), at den omtalte Lighed mellem Moderens og det nyfødte Barns Hovedform ikke findes, så at man altså ikke fra hint kan slutte noget om dette.

Hvad partus praemat. artific. angår, har der været ført en ret livlig Diskussion om den af PELZER anbefalede Metode med intrauterin Glycerininjektion (se Literaturovers., Bd 10. 1-2, S. 123). Der er nemlig beskrevet farlige Tilfælde ved Brugen af denne Metode, således af ARTHUR MUELLER (WINCKELS Klin., München): *Zur Technik der Einleitung der künstlichen Frühgeburt* (Münch. med. W. 1894, Nr 4, S. 63—65) og af PFANNENSTIEL (FRITSCHS Klin., Breslau): *Ueber die Gefährlichkeit der intrauterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 4, S. 81—86) og: *Nochmals über die Gefährlichkeit der intrauterinen Glycerineinspritzung o. s. v.* (s. St., Nr 16, S. 378—87), medens PELZER forsvarer Metoden: *Weitere Mittheilungen über die intrauterine Injektion von Glycerin o. s. v.* (s. St., Nr 15, S. 348—56), ligesom også GENER (Köln): *Kurze Erwähnung weiterer 3 Fälle von künstlicher Frühgeburt mittels Glycerin* (s. St., Nr 26, S. 635), hvorimod E. MARTIN i Diskussionen om dette Foredrag (s. St.) nærmest slutter sig til PFANNENSTIEL. Denne så i et Tilfælde af Bækkenforsnævring, hvor hede Doucher og Indlæggelse af Bugi ikke havde fremkaldt Veer, heller ingen vedrivende Virkning af Injektion af 100 Kcm. Glycerin, hvorimod der i Tilslutning hertil opstod Smertes, forhøjet Temperatur, Hæmoglobinuri og Methæmoglobinuri. Tilfældene tabte sig i Løbet af et Par Døgn. og Pat. kom sig. I det andet Tilfælde var der stærk nephritis og Ortopnø. Trods Injektion af Glycerin ingen Veer. Død



få Timer senere af nephritis. I Blåren blodig Urin. MUELLERs Pat. havde en stor struma og nogen Bækkenforsnævring. 3 Gange tidligere havde kunstig Indledning af Fødselen ved Hjælp af Indførelse af Bugi voldt store Vanskeligheder, og da hun nu var gravid i 7de Måned (Tvillinger), forsøgte Injektion af 100 Gm Glycerin. Virkningen var meget prompt; men der kom også betydelig Temperaturstigning, faretruende Tiltagen af den forud bestående Dyspnø og Optræden af Methæmoglobin og Hæmatoporfyrin i Urinen. Puerperiet forløb dog næsten uden Temperaturstigning, og Pat. udskreves rask. Forf. mener ikke efter Forløbet i dette Tilfælde at burde fraråde Metoden; han fremhæver tværtimod stærkt dens prompte Virkning, men mener dog, at Forsigtigheden påbyder for Fremtiden at bruge mindre Mængder Glycerin. PFANNENSTIEL derimod forkaster ganske Metoden som altfor farlig, i det han samtidig henviser til Kirurgernes Erfaringer om Optræden af farlige Tilfælde efter Injektion af Jodoformglycerin. PELZER vil indrømme, at Metoden er kontraindiceret ved Eklampsi og ved pl. prævia. Hvad Mængden angår, har han ligeledes forladt de 100 Ccm. og er gået ned til 30—50 (event. gentaget). Men i det han støtter sig til 19 egne Tilfælde og 9 fra Literaturen (deriblandt 6 af SIMPSON i Edinburgh), mener han at kunne afkræfte de Indvendinger, PFANNENSTIEL gør mod Metoden, ligesom GENER meddeler 3 Tilfælde (30, 50 og 40 Ccm.) uden Spor af Symptomer fra Nyrenes Side. THEILHABER (München): *Die Einleitung der kunstlichen Frühgeburt durch Glycerinstabchen* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 20, S. 474—79) mener, at en Del af Farerne ved Metoden beror på den intrauterine Injektion som sådan. Ligesom man kan få Tarmpéristaltik og Defækation ved Indlæggelsen af et Glycerinsuppositorium i rectum, kan man få Uterinkontraktioner ved Indførelse af Glyceringelatine i uterus. Han har derfor ladet forfærdige Fiskebensstænger, tynde, opad afrundede, overtrukne med et ganske tyndt Lag Sublimatkollodium (1 p. m.). Herpå findes en Blanding af åå 5 Gm (henholdsvis 7,5 Gm) Glycerin og Gelatine med Tilsætning af 0,2 Trikresol. Når en sådan Stav indføres i uterus, smalter Gelatinen, og Glycerinen irriterer Uterinmuskulaturen. Forf. har forsøgt Metoden med Held, men kun i 1 Tilfælde.

Kunde man tro PINARD og VARNIER, vilde imidlertid hele denne Diskussion om Metoderne for part. præmat. artif. være overflødig, i det de nemlig hævde, at dette Indgreb er forældet, har mistet al Betydning og Berettigelse siden Symfyseotomiens Genindførelse. Men vi skulle afhandle dette i Forbindelse med, hvad der i øvrigt er fremkommen om denne Operation, der bl. a. dannede en af de forud fastslåede Forhandlingsgenstande på den internat. Kongres i Rom med MORISANI (Napoli), PINARD (Paris) og LEOPOLD (Dresden) som Indledere. De vigtigste Meddelelser om Symfyseotomien ere: PINARD: *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1893* (Ann. de gyn., janv. 1894, S. 1—28), MORISANI: *La symphyséotomie* (s. St., avril, S. 281—306). Fortsat Ref. fra Diskussionen i Rom, særlig udførlig PINARD og VARNIER s. St., mai—juin, S. 397—476. Tysk Referat herfra: Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 15, S. 345—48 og Nr 17, S. 398. LEOPOLDs Meddelelse: *Ueber die Symphy-*

*otomie und ihre Indikationsstellung* (s. St., Nr 19, S. 443—52). End  
 videre FRITSCH (Bonn): *Vier Symphyseotomien* (s. St., S. 454—64).  
 OLSHAUSEN (Berlin): *Spontane Geburt. — Prophylaktische Wendung.*  
*— Symphyseotomie. Ihr gegenseitiges Verhalten zu einander* (s. St.,  
 Nr 36, S. 857—62). HANS V. WOERZ (SCHAUTAS Klin., Wien): *Die*  
*Enderfolge der Symphyseotomie* (s. St., S. 865—76). RICH. BRAUN  
 V. FERNWALD (GUSTAV BRAUNS Klin., Wien): *Die Dauererfolge der*  
*Symphyseotomien* (s. St., Nr 37, S. 881—96). Diskussion om de 2  
 sidstnævnte Foredrag i geburtsh.-gynäk. Gesellsch. zu Wien: s. St.,  
 S. 900—903 og 1895, Nr 4, S. 108—9. Vi skulle nu kort referere  
 disse forskellige Udtalelser væsentligste Indhold. MORISANI sætter den  
 nederste Grænse for Længden af eonj. v., hvor Symfyseotomien er indi-  
 ceret, til henved 7 Cm., medens der opadtil ikke er nogen bestemt  
 Grænse. Ved eonj. vera på 7—8 Cm. træder Symfyseotomien ved  
 levende Barn i Steden for Kejsersnit med relativ Indikation. M. for-  
 kaster part. præmat. artif. i de Tilfælde, hvor den må indledes tidligt,  
 d. v. s. sidst i 7de eller i 8de Måned (altså ved en eonj. diag. på  
 7—8 Cm.); men hvor den kan indledes senere, i 1ste til 2den Uge  
 af 9de Måned, foretrækker han den frem for Symfyseotomien. Denne  
 anser han for ret ufarlig; Hæmorrhagi, Dilacerationer af Bløddelene,  
 Urinfistler opstå yderst sjældent og kunne uden Vanskelighed undgås.  
 Bensutur anser han for overflødig. — PINARD og Assisterende have i  
 alt udført 36 Symfyseotomier (foruden 1 Pubeotomi og 1 Isehio-pubeo-  
 tomi). Der er død 4 Børn og 2 Mødre, den ene af sepsis, den anden  
 af ilens uden Sammenhæng med Operationen. Der var i intet Tilfælde  
 Hæmorrhagi. 1 Gang opstod en (senere helbredet) Vesikovaginalfistel,  
 1 Gang Inkontinens, helbredet ved elektrisk Behandling. 5 Gange  
 kom der hos primiparæ under Fremtrækningen Ruptur af forreste Vagi-  
 nalvæg med Kommunikation med Symfyseotomisåret. Disse Rupturer  
 vare dog kun små, heled alle per prim., 3 Gange blot efter Vaginal-  
 tamponade, 2 Gange efter Sutur. Han mener, at man som Regel vil  
 kunne undgå denne Komplikation ved før Operationen at udvide vagina  
 med en Kolpevynter. I alle Tilfælde kom der god Fashed af Bækken-  
 ringen, og Patienterne genvandt fuld Førlighed og Arbejdsdygtighed.  
 Støttende sig til disse gunstige Resultater af Symfyseotomien hævder  
 han, at den ganske må afløse part. præmat. artif., atypisk Tangforlø-  
 ning og Embryotomi af levende Barn (samt Kejsersnit ved relativ Indi-  
 kation). De atypiske Tangforløsninger bør forkastes, da de ere farlige  
 for Moder og Barn. Udtalelserne mod Perforation af levende Barn  
 behøve ingen nærmere Begrundelse. Hvad part. præmat. artif. angår,  
 er Forfs Standpunkt følgende. De varige Resultater for de for tidligt  
 fødte Børn ere ikke gode, mange af dem dø, og helt faresnit for Mo-  
 deren er Indgrebet ikke. Fødselen indledes efter et ofte usikkert Skøn  
 og en ikke pålidelig Beregning. Ved at vente til rettidig Fødsel viser  
 det sig nu, at mange af de Kvinder, hos hvem teoretisk part. præmat.  
 artif. var indiceret, rettidig føde levende Børn. Viser det sig, at dette  
 ikke går, kunne vi forløse dem ved Symfyseotomi. I Følge denne  
 Betragtning går det derfor ikke an, simpelthen at sammenligne Resul-  
 taterne ved dette eller hint Indgreb; man må undersøge Resultatet af



en Födelsstiftelses samlede Virksomhed; ti hele denne modificeres, som anført, ved, at Overakkuehøren har Visheden om i Symfyseotomien at have et Middel, der kan hjælpe ham ud over Vanskeligheder, der ikke lode sig overvinde uden den. PINARD henviser i denne Sammenhæng til den af LEPAGE årlig udgivne: *Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudeloque* (Paris, Steinheil) og til en Thèse af PIERRE FARABEUF: *Les bienfaits de la symphyséotomie* (Paris 1893, Steinheil). Hvad Operationens Teknik angår, da bruger P. en böjet Hulsonde, der indføres under og bag Symfyssen. Han lægger, som tidligere, stor Vægt på, at man ikke overlader til Fosterhovedet at åbne Bækkenet, men at man fjærner ossa pubis fra hinanden for Fremtrækningen, som han lader følge strax efter Operationen og i Regelen udfører ved Tang. Diastasen i Symfyssen må højest være 7 Cm. Kan man forud beregne, at der ikke ved en sådan Diastase vindes Plads nok, egner Tilfældet sig ikke til Symfyseotomi; men man bör gøre Kejsersnit efter PORRO. Efter endt Operation forenes Symfyssen ved Suturer i det fibrøse Væv på dens Forflade; ossöse Suturer ere unødvendige. Det er ikke altid, at man kan åbne Symfyssen med en Kniv (han bruger en med meget tynd og smal Klinge); man må have Bensax og Kådesav parat, mener han. Det kan i denne Sammenhæng anføres, at L. GIGLI (Firenze) foreslår i det hele altid ved Symfyseotomi at bruge en tynd, med fine Savtånder forsynet Ståltråd, et Instrument, som han overhovedet foreslår som Afløser af Kådesaven: *Ueber ein neues Instrument zum Durchtrennen der Knochen, die Drahtsäge* (Centralbl. f. Chir. 1894, Nr 18, S. 409—11). LEOPOLD vil kun give Symfyseotomien et meget begrænset Område. Han vil for det første ikke have den anvendt udenfor Födelsstiftelserne. Dernæst vil han ikke anvende den hos primiparæ; undgår man her at språnge Hinderne, eller indlægger man, hvis Vandet skulde afgå tidlig, en Kolpevrynter, overvindes i Regelen Vanskeligheden; hvis ikke, kan man anlægge en Tang i Hulheden. Hos flerfødende med snævret Bækken vil han, om muligt indlede part. pr. artif. efter 34te Uge. Har Kvinden gået sin Tid ud, vil L. ved en eonj. vera på 9—11 Cm. overlade Tilfældet til Naturen. Er der 7—9 Cm., gælder det om så længe som muligt at hindre Vandets Afgang, event. indlægge en Kolpevrynter. Kan Födelsen da ikke foregå ved Naturen, språnge Hinderne, og der göres Vending og Fremtrækning i det WALCHERSke Hångeleje. I de sidste 25 på denne Måde behandlede Tilfælde med eonj. vera 7—8 Cm. har han fået 90 % store, kraftige, levende Börn. Er eonj. vera 6—7,5, står Valget mellem Symfyseotomi, seetio cæs. og Embryotomi. Er Fosteret dødt eller døende, da Embryotomi, og ligeså, hvis Moderen ikke er sund og kraftig. Har der ikke fundet Infektion Sted, og ere Moder og Barn i det hele raske, da bliver der under disse Omstændigheder Indikation for Symfyseotomi. LEOPOLD søger at vise, at MORISANI i sine sidste 15 Tilfælde har opereret ved en eonj. vera på i Regelen 6,5—7 Cm.; den øverste Grænse var 7,4, mindste 6,1. Efter Symfyseotomien vil L. ikke eksperte, men forløse i WALCHERS Hångeleje, i Regelen ved Tang. Ossös Suture er overflødig. I dette sidste Punkt sluttede i Diskussionen CARUSO sig til ham. ZWEIFEL (Leipzig) havde udført 23 Symfyseotomier uden

at miste en eneste Patient. Han forsvarede at ekspektere efter foretaget Symfyseotomi og så vidt muligt overlade Fødselen til Naturen. Herved undgik man bedst de af mange beskrevne Bløddelslæsioner; ti disse skyldes som Regel Tangen. Han sætter den nederste Grænse for Symfyseotomi til en conj. vera på 6,5 Cm. VARNIER angreb meget stærkt LEOPOLDS Påstande og hævdede Rigtigheden af de PINARDSKE Teser. Han støttede sig i sit Svar væsentlig på de af FARABEUF anstillede Undersøgelser og Experimenter, af hvilke der er offentliggjort et Uddrag i Ann. de gyn. 1894, mai—juin, S. 377—96 (L. H. FARABEUF: *Possibilité et moyens de traiter scientifiquement la dystocie du détroit supérieur rétréci*). Det lader sig dog ikke gøre at give noget fyldestgørende Referat heraf, da der til Forståelsen kræves talrige Afbildninger. Det skal kun anføres, at han heri meddeler sin Teori om Hovedets Indtræden i øverste Åbning (synklitisk eller asynklitisk), sine Beregninger over den af Tangen på Hovedet og Bækkenringen udøvede Kraft (delvis gengivne hos AAGE E. KLÆR: *Om Aze-tråktånger*. Bibl. f. Læger 1894, S. 481—90), en ny Metode for Udmåling af Bækkenet og endelig et nyt Instrument, der, som Navnet — *mesurateur-levier-préhenseur* — angiver, både skal kunne måle Hovedets Størrelse, bevæge dette i den rigtige Retning og eventuelt trække det frem. — Fra tysk Side have senere både FRITSCH og OLSHAUSEN på forskellig Måde taget nogen Afstand fra LEOPOLD. I sin ypperligt skrevne lille Afhandling gör O. det en Gang for alle af med den idelig gentagne Snak om ved snævret Bækken at vende ved stående Vand (eller strax efter Vandets Afgang), når det har vist sig, at Fødselen ikke kan finde Sted ved Naturen. Om Vekraften kan tvinge Hovedet ned gennem det forsnævrede Sted, viser sig jo nemlig først efter Vandets Afgang. Vendingen er her en profylaktisk Operation; den beror på en Teori, på et almindeligt Skøn, men ikke på et begrundet Skøn over det enkelte Tilfælde; ti en Dom om dette Skøn vilde først kunne faldes på et senere Tidspunkt end det, hvor Vendingen må udføres. Til Symfyseotomien derimod behøver man ikke at bestemme sig strax efter Vandets Afgang; men man kan vente og se, om ikke Fødselen skulde kunne foregå ved Naturen. O. er i øvrigt ikke nogen særlig begejstret Tilhænger af Symfyseotomien og vil navnlig ikke have Kejsersnit ved relativ Indikation skudt til Side for den. Hvilken af disse to Operationer man vil vælge, bliver nærmest en Smags-sag; Mortaliteten er næppe større ved Kejsersnit end ved Symfyseotomi. Modsat LEOPOLD mener han snarest, at der ved Dekomposition af Uterinindholdet vil blive Brug for Symfyseotomi, da Kejsersnit her er kontraindiceret. Modsat ZWEIFEL vil han forløse strax efter Symfyseotomi, og modsat FRITSCH mener han, at et skånsomt Tangforløsningsforsøg forud for denne er tilladt. FRITSCH mener som O., at hvis Barnet er levende, er Feber hos Moderen ingen Kontraindikation mod Symfyseotomi, ligesom han heller ikke vil udelukke primiparæ fra denne Operation eller mener, at den ikke skulde kunne udføres i privat Praxis. Han er en ivrig Forsvarer af part. præm. art.; denne kan og skal ikke fortrænges af Symfyseotomi; om et Valg mellem disse to Operationer kan der aldrig blive Tale: kommer man tids nok, indleder man part.

præm. art., kommer man for sent her til, kan der muligvis blive Indikation for Symfyseotomi. Derimod mener han, modsat de fleste andre, at vi ved Spørgsmålet om Tang og Symfyseotomi stå lige over for et Enten-Eller, i det han ræsonnerer som så, at, hvis der skal være Mening i at forsøge Tangen, må man gøre et alvorligt Forsøg; men et kraftigt Træk med Tangen på det højststående Hoved er så farligt for Barnet, at man efter et sådant let risikerer at få et dødt Barn ved Symfyseotomi, medens dennes Hovedopgave netop er at skaffe et levende Barn. Indikationerne for Symfyseotomi sætter FRITSCH med MORISANI til en conj. vera på omtr. 7—9 Cm. og forkaster som denne den ossøse Sutur. Om Nødvendigheden af denne er det især, at Forhandlingerne i Wien have drejet sig, i det SCHAUTA ivrigt hævder denne. v. WOERZ har undersøgt 7 af SCHAUTA over 1 År forud opererede Kvinder, hvor der altså var anvendt ossøs Sutur. Hos alle var Gangen fortræffelig og Bækkenringen fast; men hos 2 af dem, hvor den ossøse Sutur ikke helt var lykkedes, var der gået længere Tid, før denne Fasthed var indtrådt. I en Tabel meddeles alle SCHAUTAs 10 Tilfælde. 1 døde. I 2 Tilfælde var der Bløddelslæsion, der dog helede p. p. RICH. BRAUN v. FERNWALD giver Oplysninger om Forløbet af de på G. BRAUNs Klinik opererede Tilfælde. Som i en tidligere Literaturoversigt meddelt, vare de primære Resultater her alt andet end gode: Der er 12 Tilfælde, som meddeles tabellarisk, med 4 Dødsfald. Skylden herfor antages hovedsagelig at tilkomme den forud for Operationen tilstedeværende Infektion; findes sådan, mener Forf. derfor ligesom LEOPOLD, at Symfyseotomi er kontraindiceret. Hvad part. præm. art. angår, er Forf. enig med FRITSCH; hos 2 symfyseotomerede, der atter ere gravide, skal der indledes part. præm. art. Hvad Arbejdsdygtighed, Gangen og Bækkenets Fasthed angår, vise Forf:s Undersøgelser, at Resultatet bliver lige godt, enten man anvender ossøs Sutur eller ej. Som Regel kan det siges, at Resultaterne bedres meget med Tiden, ere langt gunstigere efter et Års Forløb end kort efter Operationen. Hos de fleste opererede fandt han imidlertid nogen Fjedring af Bækkenringen. Wiener-Selskabet overdrog nu v. WOERZ og BRAUN-FERNWALD nærmere at undersøge disse Forhold, og de kom da til den Slutning, at Resultatet var lige godt fra begge Afdelinger; en ringe Fjedring af Bækkenringen var nemlig normal. SCHAUTA hævdede dog, at det gode Resultat opnås strax, når man bruger ossøs Sutur, men først indtræder efter længere Tids Forløb, når denne ikke er anvendt.

LEOPOLDs ovenfor eiterede Henvisning til Brugen af Kolpevryn-ter og til Anvendelse af det Waleherske Leje udvikles udførligere i et Par Afhandlinger af hans Assistent: ROSENTHAL: *Enges Becken und Colpevryn-ter* (Arch. f. Gyn. 45. 1, S. 139—56) og G. WEILLE: *Die Walcher'sche Hängelage und ihre praktische Verwerthung bei geburtshülflichen Operationen* (s. St. 2, S. 323—36). Kolpevryn-teren skal indlægges således, at kun dens Spids rager ind i Moder-munden, og dens Opgave er jo dels at hindre Vandets Afgang eller, hvor denne alt har fundet Sted, at erstatte Hindeblæren, og dels at udvide den bløde Fødselsvej. Den ved det Waleherske Hängeleje med nedhængende Underextremiteter opnåede Forlængelse af conj. vera,

sammenlignet med denne Diameters Længde ved i Hoften stærkt flekterede Underextremiteter, tillægger WEHLE stor Betydning. Særlig skal Nyttens heraf være stærkt frem ved obstetriciske Operationer, og W. mener, at man ved Anvendelse af denne Metode i Forening med Brugen af Kolpevrynte: meget vil kunne indskrænke Anvendelsen af Symfyseotomi og Kejsersnit efter relativ Indikation. På den Betydning, der således tillægges det Walcherske Leje, retter imidlertid VARNIER et stærkt Angreb: *Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans symphyseotomie?* (Ann. de gyn. 1894, Decb., S. 428—49). Han gør den berettigede Indvending, at ingen tænker på at forløse en Kvinde i Ryglejet med stærkt flekterede Lår, og den Forlængelse af conj. vera, der opstår ved, at det sædvanlige obstetriciske Rygleje forandres til et Walchersk Leje, er kun nogle få Millim. og derfor uden Betydning. I øvrigt henviser han til Arbejder af ZAGLAS, DUNCAN, LABORIE, BALANDIN og KORSCH, der mange År for WALCHER have påvist Foranderligheden af Bækkenets Diametre.

Om Kejsersnittet er der ikke i 1894 fremkommet noget nyt af større Betydning. Kun skal omtales et Tilfælde af PORROS Operation, udført af J. FURNEAUX JORDAN (Birmingham) efter en sjælden Indikation, nemlig for en af cancer reeti afgiven Fødselshindring: *A successful case of Porros Operation for Cancer of the rectum* (Brit. med. j. 10. II. 94, S. 299). Den 30-årige Pat. havde født 6 Gange, sidst for 2 År siden. Denne Gang indfandt Fødselen sig i 8de Måned; men Hindringen var så stor, at der måtte gøres Kejsersnit (PORRO). Stilkstumpen fæstnedes i Bugsåret. Pat. kom sig. Barnet var dårligt udviklet og døde strax.

En anden yderst sjælden Fødselsforhindring, nemlig en kongenital disloceret Nyre, der lå lige foran promontorium, og som gav Anledning til ruptura uteri, beskrives af ALBERS-SCHÖNBERG (SCHÜTZ'S Klin., Hamburg): *Ein Fall von Uterusruptur bei kongenitaler Dystopie der linken Niere als Geburtshinderniss* (Centralbl. f. Gyn. 1894, S. 1223—27). Da der hverken var Tegn på Blødning eller synderlig Kollaps, behandledes Tilfældet rent symptomatisk, uden Tamponade eller lignende. Da der imidlertid udviklede sig ileus, blev der 5te Dag foretaget Laparotomi (SCHEDE). Årsagen til ileus viste sig at være septisk Tarmparalyse, og Pat. døde strax efter Operationen. Ved Sektionen viste det sig, at Rupturen, der sad i cervix, dannede så stort et Hul, at det ikke mentes, at det kunde have nyttet strax at have gjort Laparotomi, da man ikke vilde have kunnet lukke Hullet ved Suturen. — Hvad i øvrigt ruptura uteri og dens Behandling angår, er det vigtigste, der er fremkommet herom, en større Afhandling af K. MERZ (FEHLINGS Klin., Basel): *Zur Behandlung der Uterusruptur* (Arch. f. Gyn. 45. 2, S. 181—271), som er baseret på 230 Tilfælde af ruptura uteri, samlede fra Literaturen. Da der i Bibl. f. Læger 1894, S. 105—14 er givet en udførlig Oversigt over de Resultater, Forf. er kommen til, kunne vi nøjes med at henvise hertil og skulle her blot gengive de Regler for Behandlingen af ruptura uteri, Forf. til Slutning opstiller. 1) Ere kun Fosterets Krop og Extremiteter trådte ud i Peritonæalhulen, men er Hovedet forlig-

liggende i eller over Bækkenet, bør man forløse per vias naturales med Tang eller ved Kefalotomi. 2) Er derimod hele Fosteret eller blot Hovedet trådt ud i Bughulen, så skal man ikke (hvad ofte göres) foretage Vending eller udsætte Kvinden for de forskellige obstetriciske Operationer, men for ikke at gøre Riften større strax foretage Laparotomi og udtage Fosteret gennem Bugsåret. 3) Herefter skal Rupturstedet strax sutureres omhyggeligt. 4) Efter Forløsning per vias naturales bør man under nogeledes gunstige Omstændigheder strax skride til Laparotomi og Snturering af Rupturstedet. 5) Ere Forholdene således, at der ikke kan være Tale om denne Operation, skal man anvende Dränage med Jodoformväge uden forudgående Irrigation. 6) Er uterus i høj Grad sönderreven, eller er der under Födselsens Forløb opstået septisk endometritis, skal man amputere uterus efter Porro. — Kun med Jodoformgazetamponade har DOHRN (Königsberg) behandlet et Tilfælde: *Ein Fall geheilter Uterusruptur* (Centralblatt f. Gyn. 1894, Nr 11, S. 249—52). Der var foretaget Forløsning per vias naturales för Indläggelsen på Födselsstiftelsen. Her udtoges placenta fra vaginua, hvor der også föltes Tarmslynger, så Rupturen var komplet. Tarmene sködes tilbage, der tamponeredes med Jodoformgaze, og Pat. kom sig. — Af Tilfælde behandlede med Laparotomi meddeles följende 5 ny. FRANK (Köln): *Ueber Zerreizungen der Gebärmutter in der Schwangerschaft und bei der Geburt* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 35, S. 848—50) har opereret et Tilfælde, hvor Fosteret var trådt ud i Bughulen, men placenta lå i vagina. Han forløste först ved Fremtrækning på Födderne gennem Riften og per vaginam (hvorved Tarme og Oment fulgte med), gjorde så Laparotomi, lagde pines å demeure på de overrevne Steder, afsnörede uterus og amputerede den, og aflukkede Peritonäalhulen (ved den for ham ejendommelige Metode »Abkapselung nach FRANK»). Helbredelse. I et andet Tilfælde var der en så stor Vagino-Perinäalruptur, at der herved blev god Plads til at suturere Riften per vaginam. Også denne Pat. kom sig. R. SCHICK meddeler et Tilfælde fra V. ROSTHORNS Klin. (Prag): *Zerreizung des Scheidengewölbes während der Geburt* (Prag. med. W. 1893, Nr 29 og 30. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 35. S. 855). Det var en II-para med et let forsuävret Bækken, hvor der anlagdes Tang på Hovedet i Hulheden. Da man 2 Timer p. p. gik ind med Hånden for at fjärne placenta, fandtes en stor Ruptur i forreste lacunar sträkkende sig ud i h. parametrium. Placenta udtoges fra Bughuleu, og Riften tamponeredes. Da der imidlertid vedblivende var Blödning og tiltagende Kollaps, gjordes Laparotomi. Der anlagdes en elastisk Ligatur under Rupturstedet, Riften ud i lig. lat. sutureredes, uterus amputeredes, og Stilken fästnedes i Bugsåret. Helbredelse. Totalexstirpation af den rupturerede uterus foretoges af HINDLE (Askern): *Rupture of uterus during labour; hysterectomy* (Brit. m. j. 10. II. 94, S. 299—300). Tilfældet frembyder også, hvad Rupturens Ätiologi angår, betydelig Interesse, skönt det ikke meddeles udförligt. Den 42-årige X-para faldt d. 28/12 93 ved Svangerskabstidens Slutning og stödde nederste Del af Underlivet mod en fremstående Sten. Dagen efter nogen Vaginalblödning. D. 2 Januar stärkere Blödning, hvorfor

hun gik til Sängs, hvorefter den ophørte. Væerne begyndte d. 3dje Kl. 1—2 om Natten. Kl. 10 Fm., da man ventede, at Födselen snart vilde være forbi, kom der Ruptur, og Fosteret trådte ud i Bughulen. 4½ Time senere gjordes Laparotomi, og Fosteret, der lå i Hinderne mellem Tarmene, udtoges. Rupturen sad nedad og fortil, og da den sad så dybt, at det var vanskeligt at suturere den, foretrak H. at fjærne hele uterus. Pat. døde 5 Dage senere, vist af sepsis. Endelig findes 2 Tilfælde meddelte af R. BRAUN v. FERNWALD (G. BRAUNs Klin., Wien): *Laparotomie mit günstiger Ausgange in zwei Fällen von Uterusruptur* (Wien. klin. W. 1894, Nr 34, S. 627—30). I det ene af dem drejede det sig om en inkomplet Ruptur med stærk Blödning. Da denne ikke vilde standse trods Tamponade og Kompression, skredes 9 Timer efter Forlösningen til Laparotomi og amputatio uteri med extraperitonäal Stilkbehandling. För Bugsårets Lukning blev der häldt 1 Liter varm, steriliseret fysiologisk Kogsaltoplösning ind i Bughulen, og derpå lægger Forf. stor Vægt. I det 2det Tilfælde var Rupturen komplet, om man end ej var sikker derpå, da man bestemte sig til Laparotomi. Fosteret var for en stor Del trådt ud gennem Riften og ekstraheredes gennem Bugsåret. En stor, blödende Hulhed mellem Bladene af det ene lig. latum lukkedes således, at man ved Suturene fästnede Vävet til og komprimerede det mod iliopsoas; Forf. tror, at simpel Suturering ikke havde givet tilstrækkelig Hämostasé. Også her amputatio uteri med extraperitonäal Stilkbehandling. I Rekonvalesensen fik Pat. et Par eklamptiske Anfald; skönt Pat. havde nepritis, mener Forf. dog, at Eklampsien skyldes Kompression af den ene Ureter, fremkaldt af en Jodoformgazeméche, der fra lig. latum var ledet ned i vagina, og ser heri en Stötte för Teorien om Eklampsiens Afhängighed af Kompression af ureteres; efter at Jodoformgazen var fjærnet kom der nemlig ikke flere Anfald. I 1ste Tilfælde skyldtes Rupturen Vendingsforsög udenfor Anstalten; i sidste Tilfælde syntes den opstået under en Vending, der af Hensyn til truende Ruptur udförtes meget forsigtig. Det var hos en förstefodende med let Bäckensforsnävring; Uterinmuskulaturen var påfaldende tynd; men der var ingen mikroskopisk påviselige sygelige Forandringer af Vävet. Samme Forf. har meddelt et Tilfælde af en med en komplet Uterusruptur til en vis Grad analog Usur af bageste Væg af det nedre Uterinsegment, der bemærkedes strax efter en Tangforlösning hos en Patient med et fladt rakitisk Bäcket. Det runde Hul mundede frit ud i Peritonäalhulen. Der förtes en Jodoformgazestrimmel ud gennem Hullet og derpå Tamponade af Uterinhulen; Helbredelse (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 28, S. 678—79).

Den ovenfor omtalte Tilslutning til Teorien om Betydningen af Ureterkompressionen som ätiologisk Moment för Eklampsien Opståen träffes også hos TIBONE (Turin), der holdt et længere Foredrag om Eklampsien Ätiologi på den internat. Kongres i Rom: *Étiologie de l'éclampsie* (Ann. de gyn. 1894, mai—juin, S. 534—58). Hvad Eklampsien Patogenese angår, se vi fra fransk Side vedblivende Opfattelsen af E. som en Toxhämi, en Avtoinfektion stærkt hävdet, således i en Række Afhandlinger af BERNHEIM, PORAK, VINAY, der



findes refereret i Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 46, S. 1155—60. I Tilslutning hertil tilråde BERNHEIM og PORAK i svære Tilfælde (ligesom også i svære Tilfælde af Svangerskabsalbuminuri) at anvende Infusion af en 7 p. m. Kogsaltopløsning. Herved forøges Nyrevirksomheden og hermed Udskillelsen af de giftige Stoffer, ligesom også Blodets og Vävssafternes Fortyndning virker heldigt. Næsten alle franske Forfattere udtale sig derimod mod de forcerede Forløsningsmetoder og særlig mod de DÜHRSSENSke Incisioner, hvorimod disse have fundet en Forsvarer i RICH. BRAUN v. FERNWALD (GUSTAV BRAUNS Klin., Wien): *Ueber die mechanische und blutige Dilatation des Cervix bei schwerer Eklampsie* (Wien. klin. W. 1894, Nr 20, S. 361—65). Medens man på BRAUNS Klinik som Regel ved Eklampsi har følt sig tilfreds med de Resultater, der opnåedes ved Behandling med Morfin, Kloral, hede Bade og våde Indpakninger samt Forløsning tidligst mulig, har Forf. dog i den seneste Tid i 2 fortvilede Tilfælde benyttet den af DÜHRSEN anbefalede Metode: Indførelse af en stor Kolpevrynter, der ved stadigt, elastisk Træk tvinges ud gennem cervix, yderligere Dilatation af orificium ved store Indklip og derpå Forløsning. I begge Tilfælde var Cervikalkanalen helt bevaret og Udvidning af orificium ikke begyndt. I det ene Tilfælde, hos en ældre primipara, brugtes først nogle af HEGARS Dilatatorer, før Kolpevrynteren indførtes, i det 2det Tilfælde, hos en III-para, indførtes den strax, og efter et Træk i 20, resp. 10 Min. fødtes Kolpevrynteren; cervix var udslettet og orificium så stort, at der kunde føres 4 Klip helt ud til Vaginaltilhæftningen, hvorefter Vending og Fremtrækning. Ingen videre Blødning. Der kom ingen Anfald efter Forløsningen, ingen Feber i Barselsängen. Begge Mödre kom sig. Af Börnene døde det ene 15 Timer p. p. (meget besværlig Vending og Fremtrækning), det andet strax efter Forløsningen. Forf. mener, at den beskrevne Metode har store Fordele frem for Kejsersnit, som der jo ellers kunde være Tale om under disse Omstændigheder. — Hvad Albuminurien angår, er det forbavsende at se, hvor forskellige Resultater de forskellige Undersøgere kunne komme til. Det kan således anføres, at W. FRIEDEBERG (AUFRECHTS Klin., Magdeburg): *Ueber Albuminurie im Anschluss an den Geburtsakt* (Berl. klin. W. 1894, Nr 4, S. 81—84) ved at undersøge Urinen ved Begyndelsen og Slutningen af Fødselen hos 130 Kvinder, fandt, at der af 123 af disse, hvis Urin var fri for Äggehvide ved Fødselens Begyndelse, under dennes Forløb opstod Albuminuri hos 51 eller 39,2 %. Kun hos 3 fandt F. Cylindre. Albuminuri opstod hyppigere hos primiparæ end hos multiparæ, og navnlig fandtes kun hos førstnævnte større Mængder albumen. Af stor Betydning for Albuminuriens Opståen var Fødselens Varighed. Albuminurien svandt altid i de første Dage efter Fødselen. I Modsætning hertil fandt LINCOLN PAJKULL: *Om albuminuri hos nyförlösta kvinnor* (Upsala läkarefören. förhandl., 30. 1, S. 40—73) ved at undersøge Urinen fra 110 Kvinder strax efter Fødselen Albuminuri i 100 % og Cylindre i 90 % af Tilfældene (HELLERS Pröve; Centrifugering).

Blaudt de Abnormiteter, Albuminurien skulde kunne forårsage, nævnes også for tidlig Løsning af placenta. Om denne Lidelse

foreligger en større Afhandling af OTTO V. WEISS (GUSTAV BRAUNS Klin., Wien): *Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta* (Arch. f. Gyn. 46. 2, S. 256—91). Forf. beskæftiger sig kun med de Tilfælde af (oftest total) for tidlig Lösning af placenta, som opstå spontant (eller efter et ubetydeligt trauma), men udelukker alle de Tilfælde, hvor der kan findes påviselige mekaniske Årsager til Lösningen. Den Art Lösning af placenta, der beskæftiger Forf., indtræder næsten kun hos multiparæ. Den ytrer sig ved Opståen af pludselig Smerte i Underlivet, Tegn på indvendig Blødning, Blødning per vaginam oftest ringe, Udspiling og stor Æmhed af uterus. Forf. har samlet 8 Tilfælde af denne Art fra de wienske Klinikker og i de fleste nøje undersøgt placenta, hos de døde også uterus, Nyre, Lever. Lidelsens Betydning fremgår af, at 4 af Mødrene og alle Børnene døde. Hos 5 Mødre fandtes nephritis (eller Svangerskabsnyre). I disse Tilfælde var der stedse en betydelig Infiltration af Leukocyter i decidua, hvis Celler også viste sig i højere Grad degenererede, end de pleje at være ved Svangerskabets Slutning. Hos 3 var Urinen naturlig; for et af disse Tilfælde foreligger ingen anatomisk Undersøgelse; hos de 2 andre fandtes Leukocytinfiltrationen (Betændelsen) mindre udtalt i decidua, medens Uterinmuskulaturen viste sig i høj Grad infiltreret med Leukocyter, Bindevævet forøget og selve Muskulaturen delvis degenereret. Forf. tillægger dette Fund stor Betydning for den atonia post partum, der trodsede alle Midler og i det ene Tilfælde kostede Pat. Livet, medens hun i det andet kun reddedes ved en (af KOFFER) resolut udført amputatio uteri supravaginalis. Forf. mener, at den tilstedeværende Tilstand af Uterinmuskulaturen hindrer Uterinkontraktioner. Men hvorledes da forklare, at hos bage disse Patienter var orificium udslettet, da de kom til Behandling?

Blandt Arbejderne om Behandlingen af placenta praevia kan nævnes et af A. DÜHRSEN (Berlin): *Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittels intrauteriner Kolpeuryse* (Deutsche med. W. 1894, Nr 19, S. 422—25). Trods de gode Resultater for Mødrene, der ved placenta praevia opnås ved Vending ved ind- og udvendige Håndgreb, kan man bebrejde denne Metode, at Resultatet er meget dårligt for Børnens Vedkommende. D. anbefaler derfor i Steden at sprænge Hinderne (hvortil ofte må bruges en Kugle- eller Korntang) og så føre en Kolpevrynter ind i Åghulen (gennem Hullet), udspile den med  $\frac{1}{2}$ —1 Liter Vand og befæste dens Slange således til Sængeenden, at der herved udøves et kontinuerligt Træk. Herved standses Blødningen, og der fremkaldes næsten altid Veer; Kolpevrynteren udstødes (hvis ikke, kan dette fremkaldes ved manuelt Træk), og herefter er Vending og Fremtrækning let, uden Fare for Barnet. — Af Luftemboli ved placenta praevia meddeles på ny et Tilfælde fra OLSHAUSENS Klin. (Berlin) af H. HEUCK: *Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia* (Zeitschr. f. G. u. G. 28. 1, S. 140—44). Det her meddelte er det 3dje Tilfælde af denne Art, der i Løbet af de sidste 6 År er observeret der. Indtrængningen af Luft — der ved den 2 Timer efter Døden udførte Sektion fandtes i v. spermatica, i v. jugu-



laris og i Hjærtet — synes at være sket under en kraftig Ve, der opstod, efter at Fosterets Sæde var trukket fast ned mod Modermunden.

Angående Fødselens Komplikation med Nydannelser, særlig Fibromyomer, findes allerede i forrige Afsnit (Graviditet) flere Meddelelser, til hvilke henvises. Her skal endnu kun refereres et i flere Henseender interessant Tilfælde, der ved Mødet d. 18/3 94 i Royal academy of medicine in Ireland, Section of obstetrics, meddeltes af W. J. SMYLY (Dubl. j. of med. sc. Novb. 1894, S. 441—42). Hos en 40-årig primipara fandtes uterus besat med fibromyomatøse Knuder, og i fossa Dougl. fandtes en barnehovedstor tumor, der ikke lod sig skyde opad, og som hindrede Fosterets Indtræden i Bækkenet. Laparotomi, Kejsersnit og Fjernelse af Svulsten. Stumpen af uterus exstirperedes per vaginam, efter at der var sat Klemmetænger på ligg. lata. Udenfor Klampen på v. Side fandtes imidlertid en større, fast Masse, der fjærnedes, i det Klampen anbragtes lateralt for den; den viste sig at være endnu en uterus med tydelig ikke-gravid cervix, der tillod en Sondes Indførelse. Ved Meddelelsen havde Pat. en phlebitis suræ, men var ellers rask. Barnet skreg strax, befandt sig vel. Ved Mødet meddelte ALFRED SMITH, at Pat. var kommen til ham med Klage over håftige Smerter og Menostasi. Han diagnosticerede ikke Graviditeten, før Underlivet var åbnet og han havde uterus mellem Hænderne og kunde føle Ballotement. Han lukkede da strax Underlivet og lod Pat. gå Tiden ud.

Til det interessante Spørgsmål om, hvor vidt Feber under Fødselen kan skyldes Muskelarbejdet, eller om den altid beror på Infektion, er der leveret et Bidrag af KRÖNIG fra ZWEIFELS Klin. i Leipzig: *Ueber Fieber intra partum* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 31, S. 749—57; Nr 32, S. 776—78). Han har undersøgt Forholdene i 440 Tilfælde og er kommen til det Resultat, at Temperatur over 38° altid skyldes en eller anden Sygdom, Eklampsi eller — hyppigst — Infektion. Han fandt Feber 11 Gange, deraf 1 Gang erysip. fac., 1 Gang Eklampsi, 1 Gang Streptokokinfektion, 1 Gang Stafylokokinfection, 6 Gange Dekomposition af Foster vandet ved saprofytiske Bakterier (deraf kun 2 Gange *bact. coli comm.*), og kun 1 Gang kunde Infektionen ikke påvises; men det var en ganske let Fødsel med lille Barn, så Vevirksomheden kan ikke få Skyld. Pat. med Streptokokinfektion døde (og fra hende udgik en lille puerperal Epidemi, dog uden Dødsfald). 2 andre Patienter med dekomponeret Foster vand og inoperabel cancer colli uteri, hvor der gjordes PORROS Operation, døde ligeledes. De andre kom sig; men de fleste havde et febrilt puerperium. Strax efter Fødselen, hvor Foster vand og de forskellige Sekreter med deri indeholdte Toxiner fjærnes og skylles ud, falder i Regelen Temperaturen; men efter 1 eller et Par Døgns Forløb stiger den på ny. KRÖNIG vil, selv i Tilfælde af Dekomposition af Foster vandet og tympania uteri, ikke have set Nytte af intrauterin Udskylning post partum, men mener, man bør lægge Vægt på en rolig afvæntende Behandling af Efterbyrdsperioden. Den hyppigste Årsag til Feber under Fødselen er altså Infektion af Foster vandet; det er Dekompositionen af de heri indeholdte Albuminstoffer, der bevirker tympania uteri, og hvorved de Stoffer

udvikles, der forårsage Saprämien. For Fostrene er Prognosen slet under disse Omstændigheder; over Halvdelen af de Børn, hvis Mødre havde Feber under Fødselen, vare dødfødte eller døde snart efter Fødselen. Dødsårsagen må søges i en Infektion, der udgår fra Lungen eller Mave-Tarmkanal, og som beror på Aspiration eller Nedsynkning af det inficerede Uterinindhold. I Diskussionen om Foredraget udtalte ZWEIFEL sig til Gunst for Udskylningen af uterus p. p. ved dekomponeret Uterinindhold; hans Erfaringer talte bestemt for Nyttens af dette Indgreb. Han fremhævede, at Feber under Fødselen uden Dekomposition af Fostervandet syntes at give den dårligste Prognose, da her så rimeligvis forelå en virkelig Infektion (Streptokok) og ikke en Saprämi.

På dette Sted kunne vi omtale en Afhandling om Nyttens af Saltvandsinfusion ved akut Anæmi, da dette Indgreb jo ofte, måske oftest bliver benyttet ved Efterbyrdsblødninger. Det er en Afhandling af OSWALD FEIS (MEISSNERS Laborat., Göttingen): *Experimentelles und Casuistisches über den Werth der Kochsalzwasserinfusion bei acuter Anämie* (Virchows Arch. 138. 1, S. 75—110). Ved en stor Række omhyggelig planlagte Forsøg på Kaniner og Hunde kommer Forf. til det Resultat, at Infusionen af Kogsaltopløsning ikke har nogen livsreddende Virkning; i alle Tilfælde, hvor man efter Blodtabets Størrelse, sammenholdt med Pulsens og Respirationens Forhold, måtte vente Dødens Indtræden, indtraf denne lige så sikkert efter Infusion som uden denne (hos Kontrolldyrene). Forf. tror, at overhovedet den hele basis for Teorien om Kogsaltopløsningens livsreddende Virkning er fejlagtig, i det der ikke eksisterer nogen Død af Forblødning af mekanisk Årsag i den GOLTZ'ske Betydning. Imidlertid mener Forf. dog ikke, at Midlet er værdiløst; hvad angår Kogsaltopløsningens oplivende Virkning stemme Forsøgene med den kliniske Erfaring: her som der se vi Pulsen vende tilbage, Respirationen blive hyppigere, Reflexerne indfinde sig på ny o. s. v. Infusionen af Kogsaltopløsning har derfor Værdi som et fortrinligt virkende oplivende og irriterende Mittel for Hjærtet; men er Blodtabet dødeligt, hjælper den ikke; om her en Infusion af arterielt Blod kunde hjælpe, er et andet Spørgsmål.

Forbavset over hyppigt at have set, at Børnene ikke vare asfyktiske trods Afgang af meconium under Fødselen, har EMIL ROSSA (RUNGES Klin., Göttingen) undersøgt dette Spørgsmål nærmere: *Ueber Bedeutung und Aetiologie des vorzeitigen Meconiumabganges* (Arch. f. Gyn. 46. 2, S. 302—41). Han finder da, at Mekoniums-afgang hyppig (i 78,8 %) iagttages ved Fødsel i Hovedstilling, uden at den nyfødte viser Spor af Asfyxi, og findes Asfyxi, kan det godt være i ringe Grad. Mindst Betydning har den Mekoniums-afgang, der allerede findes ved Hindernes Bristning. Forf. ser en Bekræftelse på denne Sætning i de Tilfælde, hvor der opstår Asfyxi uden Mekoniums-afgang. Udtømmelsen af meconium tror Forf. hverken skyldes Nedpresning af diaphragma eller Lammelse af sphincter, men Tarmperistaltik. I mange Tilfælde kan denne ganske vist fremkaldes ved Asfyxi; men også mange andre Omstændigheder kunne bevirke den. Forf. minder i så Henseende om PORAKS af RUNGE bekræftede Forsøg, der vise, at man får meget hyppig Mekoniums-afgang (uden Asfyxi), når

man giver Moderen Kinin. Muligvis kunne Stoffer, der fra Moderens Blod gå over i Fosterets Blod, fremkalde Tarmperistaltik, og Forf. tænker her bl. a. på noget sådant ved Fordøjelsesforstyrrelser og mener i en Del Tilfælde at have set denne Formodning bestyrket.

FEIS (RUNGES Klin., Göttingen) har iagttaget 1 Tilfælde af intrauterin opstået, altså »medfödt» rigor mortis, og har fra Literaturen samlet andre 17 sikre Tilfælde heraf: *Ueber intrauterine Leichenstarre* (Arch. f. Gyn. 46. 2, S. 384—95). Hvorpå det beror, at Dödsstivheden optræder intrauterint, kan Forf. ikke oplyse; men han synes tilbøjelig til at mene, at det forekommer hyppigere, end man i Almindelighed antager, og af samme Mening er LANGE (Königsberg), der ligeledes har iagttaget et Tilfælde: *Über intra-uterine Leichenstarre* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 48, S. 1217—23).

**Puerperium.** I År som de foregående År drejer Hovedinteressen i dette Afsnit sig om Barsel-feberen og dens Ätiologi og Patogenese. Vi skulle begynde med en Afhandling af AHLFELD (Marburg): *Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbette und von der Selbstinfection* (Zeitschr. f. G. u. G. 27. 2, S. 466—518). I dette ndförlige Arbejde har Forf., støttet på de 3000 Födsler, der ere forekomne i Födselsstiftelsen i Marburg 1883—93, og som benyttes statistisk i en Uendelighed af Tabeller, sögt at forsvare sine Påstande om Selvinfektionens Betydning. Det forekommer imidlertid Ref., at et Arbejde, hvis basis — en Adskillelse mellem feberfri (normale) og febrile (abnorme) Barselsäuge — er en Differens af 0,1° C. (målt i Axillen, af Läger, ikke af Jordemödre), så at Gränsen er 38,0 (normal), 38,1 (abnorm), må benyttes med stor Forsigtighed, isär när, som her, der kun ganske undtagelsesvis göres Skel mellem alvorligt syge og Barselkvinder med en aldeles forbigående ubetydelig Temperaturstigning; de puerperale Dödsfald, der jo afgive den sikreste basis for denne Art statistiske Arbejder, ere her selvfølgelig så få, at de ikke kunne benyttes. Alene af denne Grund, og bortset fra, at statistiske, tabellariske Arbejder jo ikke egne sig til et kortfattet Referat, skulle vi ikke her komme närmere ind på denne Undersögelse, men blot nöjes med at fremhäve, at Forf. mener, at der findes patogene Mikroorganismer i enhver vagina; at der i vel ledede Anstalter forekommer flere »abnorme» Barselsäuge som Fölge af Selvinfektion end ved Infektion udefra; at Vaginaludskylning för (og efter?) Födselen er af allerstörste Betydning for at opnå en »normal» Barselsäug; at Sublimat er det bedste Desinfektionsmiddel, som han derfor nu benytter efter at have prøvet og atter opgivet Karbol, Lysol, Solveol o. s. v.; at endelig Efterbyrdsperiodens Behandling er af afgörende Betydning for Barselsäugens Forløb i den Forstand, at den »afväntende» Metode giver et langt större Procenttal »normale» Barselsäuge end Expression i Löbet af den förste halve Time efter Barnets Födsel. — Som sädvanlig hävdes den diame-tralt modsatte Anskuelse om Selvinfektionens Betydning af MERMANN (Mannheim) i en ny (6te) Beretning om Födsler uden Desinfektion af vagina: *Sechster Bericht über Geburten ohne innere Desinfektion* (Ctrbl. f. Gyn. 1894, Nr 33, S. 785—96). Beretningen omfatter 300 Födsler

med 1 Dødsfald af Tuberkulose, intet af sepsis og intet Tilfælde af alvorlig Infektionssygdom. Han har 1200 Fødsler i Rakke med i alt 2 Dødsfald, det nævnte af Tuberkulose og 1 af ruptura uteri. Vaginaludskylningernes Betydning har været diskuteret meget ivrig i Leipzigs obstetr. Selskab, særlig i Forhold til Spørgsmålet om patogene Kims Tilstedeværelse i vagina. Hovedangrebet mod Vaginaludskylningerne fremsættes af ZWEIFELS Assistent KRÖNIG i flere Arbejder, således i dette: *Ueber das bacterienfeindliche Verhalten des Scheidensekretes Schwangerer* (Deutsche m. Wocheuschr. 1894, Nr 43, S. 819—23). Medens flere tidligere Undersøgere have ment, at der altid var Mulighed for, at svangre Kvinders vagina kunde huse patogene Bakterier, og medens DÖDERLEIN havde ændret denne Anskuelse derhen, at dette kun galdt for de Tilfælde, hvor der fandtes, hvad han kaldte patologisk Sekret (d. e. svagt surt eller alkalisk Sekret, ikke blot indeholdende Baciller, men også, eller udelukkende Kokker), medens hans »normale» (d. e. stærkt sure, kun Baciller indeholdende) Sekret altid var frit for patogene Bakterier (undtagen Gonokokker), i det disse hurtigt gik til Grunde heri, så har KRÖNIG fundet, at dette sidste gælder for alle svangres Vaginalsekret, af hvad Natur dette end er, enten det så mere ligner DÖDERLEINS normale eller hans patologiske Sekret. Indførtes Stafylo- eller endog Streptokokker i gravide Kvinders vagina, vare de forsvundne efter 6—36 Timers Forløb. Hvilke Forhold ved Vaginalsekretet der bevirker dette, kan K. ikke oplyse. Derimod har han vist, at denne det naturlige Sekrets desinficerende Kraft svækkes ved Vaginaludskylninger, også ved Vandudskylninger, men især ved Lysol og andre antiseptica, muligvis fordi disse udfælde albumen og herved Vaginalsekretets Indvirkning på Bakterierne hindres. Forf. drager af sine Undersøgelser den Slutning, at alle profylaktiske Vaginaludskylninger i Svangerskabet og under Fødselen bør undlades, og angiver, at dette har givet tilfredsstillende Resultater på Leipziger Fødselsklinik. At undlade at benytte gravide med en vis Art Vaginalsekret til Undersøgelsesøvelser, således som DÖDERLEIN vil, anser han for ganske unødvendigt. Selv for operative Indgreb under Fødselen ere Forsøg på at desinficere vagina af tvivlsom Nytte. — Ganske lignende Anskuelser komme til Orde i KRÖNIGS Foredrag: *Scheidensekretuntersuchungen bei 100 Schwangeren. Aseptik in der Geburtshilfe* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 1, S. 3—9). Han har i ikke explorede svangres Vaginalsekret aldrig fundet Kim, der ved Legemstemperatur voxte aërob på de almindelige Næringsvædske (undtagen Gonokokker og Tröskesvampe), altså aldrig septiske Kim. Enhver ikke exploreret svangers vagina er altså aseptisk, og Forsøg på at desinficere vagina med Udskylninger skade kun, hvad også den kliniske Erfaring viser. DÖDERLEIN søger i sit Svar på dette Foredrag: *Die Scheidensekretuntersuchungen* (s. St., S. 10—14) at opretholde sine Anskuelser og særlig den af ham hævdede Forskel på »normalt» og »patologisk» Sekret. — Skönt strängt taget ikke herhen hørende, skulle vi dog i denne Sammenhæng referere Undersøgelser over ikke svangre Kvinders Vaginalsekrets Forhold i de omtalte Henscender. DÖDERLEIN: *Vorläufige Mittheilung über weitere bakteriologische Unter-*

*suchungen des Scheidensekretes* (s. St., Nr 32, S. 779—82) har på ny hos en ikke svanger fundet Streptokokker. MENGE (Assistent hos ZWEIFEL) kritiserer imidlertid den Måde, hvorpå D. har skaffet sig Sekret til Undersøgelse. I et større Arbejde: *Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecrete Nichtschwangerer* (Deutsche med. Wochenschr. 1894, Nr 46, S. 867—70; Nr 47, S. 891—93; Nr 48, S. 907—10) har MENGE meddelt sine egne, herhen hørende Undersøgelser. Han har undersøgt Vaginalsekretet fra 50 Kvinder, der vare Rekonvalescenter efter Laparotomi, og som derfor i nogen Tid ikke vare explo- rerede. Han fandt Sekretet snart surt, snart amfotert eller alkalisk. I Sekretet fra introitus var der altid Masser af Mikroorganismer, i det fra Bunden af vagina kun få, og ingen patogene. End videre forsøgte han i 80 Tilfælde (hos 35 af de nævnte Kvinder) at indføre patogene, fakultativt ærober Bakterier i vagina, nemlig 23 Gange bacill. pyocyan., 30 Gg. staphylococcus pyog. aur., 27 Gg. streptococc. pyog., og i alle Tilfælde (undtagen 1) viste det sig, at vagina var i Besiddelse af, hvad han kalder Ävnen til »Selbstreinigung»: de indførte Bakterier forsvandt hurtigt igen, langsommere fra introitus end fra lacunar. Sidstnævnte Sted brugte til »Selbstreinigung» fra 2½ til 70 Timer, i Gennemsnit for bacill. pyocyan. 21 Timer, staphyl. pyog. aur. 26 Timer, streptococ. pyog. 22. Om Sekretet reagerede surt eller alkalisk, gjorde ingen Forskel. Ved sine Undersøgelser over, hvad det er, der betinger denne Ävne til at befri sig for de nævnte Bakterier, kommer Forf. til den Slutning, at den i det surt reagerede Sekret indeholdte Syre har en tydelig bakteriefjendtlig Indflydelse, men at der desuden er Faktorer i Virksomhed, som svækkes ved Sekretets Fortynding eller dets Opvarmning til 100°. Udskylning af vagina med Alkalier før Bakterieoverførelsen svækker dens Selvrengningskraft, og samme Virkning have Udskylninger med antiseptiske Opløsninger og med rent Vand. I det ovennævnte, eneste Tilfælde, hvor Streptokokkerne holdt sig i vagina, levede de her kun som fakultative Saprophyter. At de kunde leve der, beroede på en meget rigelig Afsondring af tyndt Sekret fra Cervikal-kanalen; medens alle mulige Desinfektionsforsøg af vagina viste sig uvirksomme, forsvandt Streptokokkerne fra vagina, efter at Cervikal-kanalen 2 Gange var ätset med 50 % Klorzinkopløsning og Sekretionen derefter næsten ophørt. Angående Årsagerne til vaginas Selvrengnings-ävne fremsætter Forf. forskellige Hypoteser; men desangående må henvises til selve Afhandlingen.

Hvad Barselbeberens Behandling angår, da har der med Hensyn til dens profylaktiske Behandling især været 2 Spørgsmål under Diskussion, nemlig Metoden for Hændernes Desinfektion og Undladelse af exploratio vaginalis. Det er også især i Leipzig, at Hændernes Desinfektion har været diskuteret: ZWEIFEL: *Die Desinfektionsvorschriften in der neuesten deutschen Hebammenlehrbüchern* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 47, S. 1185—89). E. A. REINICKE (Z's Assistent): *Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfektion der Hände* (s. St., S. 1189—99 og Diskuss. herom, S. 1207—11). KRÖNIG: *Versuche über Spiritusdesinfektion der Hände* (s. St., Nr 52, S. 1346—53). ZWEIFEL kritiserer de officielle Regler for Jordemø-

drenes Desinfektion af sig selv og af den fødende. REINICKE angiver, at han ved Forsøg har fundet, ikke blot at den FÜRBRINGERSke Hurtigdesinfektion giver fuldt tilfredsstillende Resultater, men at selve Alkoholvaskningen her er Hovedsagen; nogen Desinfektion herefter behøves ikke, blot Afskylning med en steril Vædske. Des værre viser KRÖNIG 4 Uger senere, at dette ikke forholder sig således, og at en Hurtigdesinfektion af de inficerede Hænder overhovedet ikke er mulig, en Anskuelse, hvortil ZWEIFEL fuldt ud slutter sig, i det han hævder Nødvendigheden af Abstinens i flere Dage, når Hænderne ere blevne inficerede. Endnu kan nævnes, at REINICKE og SÄNGER stærkt kritisere Brugen af de sædvanlige Børster til at rens Hænderne, da de næsten aldrig ere aseptiske. SÄNGER bruger i Stedet aseptisk Sand, REINICKE anbefaler at bruge Loofah.

Med Hensyn til Undladelse af Exploration per vaginam, da har man jo fra flere Sider (LEOPOLD, VEIT) næsten helt villet lade den udvendige Undersøgelse træde i Vaginalexplorationens Sted; en nøjagtig Vejledning til Udførelsen af den udvendige Undersøgelse gives i et Arbejde af LEOPOLD og SPÖRLIN (Dresden): *Die Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchung* (Arch. f. Gyn. 45. 2, S. 337—68). Imidlertid har man ikke følt sig tilfreds hermed og har samtidig fra to Steder foreslået en anden Vej for Undersøgelsen, nemlig den rektale: KROENIG (ZWEIFELS Klin., Leipzig): *Der Ersatz der inneren Untersuchung Kreissender durch die Untersuchung per rectum* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 10, S. 235—40); EMIL RIES (FREUNDS Klin., Strassburg): *Ueber die innere Untersuchung Kreissender durch den Mastdarm* (s. St., Nr 17, S. 404—13). Det er især for Jordemødrene, de ville have denne Metode indført; disse kunne kun undtagelsesvis nøjes med den udvendige Undersøgelse. M. H. t., hvad Metoden yder, stemme Erfaringerne fra de 2 Klinikker ganske godt overens. De allerfleste Forhold kunne erkendes per rectum; det er dog hos primiparæ vanskeligt at erkende Modermundens Størrelse, ligesom man ikke tydeligt føler Fontaneller, i alt Fald ikke, før Vandet er gået. Om Vandet er gået, er heller ikke altid let at afgøre. RIES mener, at Jordemødrene aldrig skulle undersøge per vaginam; KROENIG vil dog tillade dem det, dels når de ikke ere sikre på, at den foreliggende Del er Hovedet, dels når hos primiparæ Ud-drivningsveerne vare længe og man ikke ved Rektalundersøgelsen kan erkende Modermundens Størrelse. For at undgå Infektion af Fingeren lader KROENIG Jordemødrene trække en Kondom på denne, medens RIES bruger en sej Salol-Lanolin-Vaselin (1 : 15 : 5) og desuden fylder Rummet under Neglen med Såbe. Også Lägerne skulle fortrinsvis benytte Rektalundersøgelsen, kun undtagelsesvis explorere per vaginam. I Diskussionen om K's Foredrag udtalte SÄNGER og DÖDERLEIN Betænkkeligheder ved Metoden, især af Frygt for Infektion med baet. coli comm. Imod de Angreb, Rektalundersøgelsens Forsvarere rette mod den udvendige Undersøgelse, søger LEOPOLD at forsvare denne: *Ueber die Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchung* (s. St., Nr 21, S. 498—99).



Hvad Barsel-feberens egentlige Behandling angår, må omtales nogle Forsøg, KÉZMÁRSZKY (Budapest) har gjort med de af BACCELLI (mod Syfilis) anbefalede intravenöse Sublimatinjektioner: *Intravenöse Sublimatinjektionen (BACCELLI) bei venöser Sepsis im Wochenbett* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 38, S. 906—9). Hos 2 Patienter med »venös sepsis» (ingen Lokaltilfælde, sepsis, Kulderystelser), hvor alt Håb om Helbredelse syntes udelukket, injiceredes fra 1 til 5 Mgm Sublimat daglig i en Overarmsvene med en Pravasz's Sprøjte. Den ene Pat. fik fra 16de til 25de Dag i 10 Injektioner i alt 37 Mgm, den anden i 8 Injektioner 31 Mgm. Bægge kom sig, og Iagttagerne vare forbavsedede over den gode Indflydelse på Befindendet, Injektionerne syntes at udöve. Hos den sidstnævnte af Patienterne kom der lidt Salivation, ellers sås ingen Gene af Behandlingen. — ALBERT SIPPÉL (Frankft. a/M) har amputeret den septiske uterus: *Supravaginale Amputation des septischen puerperalen Uterus* (s. St., Nr 28, S. 667—74). Ved Födselen var der gjort Placentalösning, og 10 Dage senere måtte et Stykke rådden placenta udtages af uterus. Stærk Feber. 2 Dage senere så S. Patienten. Omgivelserne af uterus vare fri. Med Fingeren udskrabede han uteri Indside, men fandt Muskelvävet ganske mört. Efter Klorvandsudskylninger nogen Bedring; men da der atter kom stærk Feber og Tilstanden syntes tröstelös, gjorde S. 16 Dage p. p. supravaginal Amputation af uterus. Uterus väldes frem, peritonæum syedes fast om den, Bogsåret lukkedes og beskyttedes ved Kompresser, og nu först amputeredes uterus. Hurtig Bedring og slutelig Helbredelse. S. tror dog ikke, der ofte vil findes Indikation for dette Indgreb. Ved metrophlebitis med gentagne Kulderystelser tilråder han Totalexstirpation af uterns per laparotomiam med efterfølgende Resektion af de syge Vener.

En Puerperallidelse, der i den senere Tid skänkes stedse större Opmærksomhed, er den puerperale neuritis. M. A. LUNZ (Moskwa): *Ueber Polyneuritis puerperalis* (Deutsche med. W. 1894, Nr 47, S. 886—89) meddeler, foruden en Oversigt over de hidtil offentliggjorte 17 å 19 Tilfælde af denne Lidelse, et nyt, meget alvorligt Tilfælde, der dog, som de fleste andre, endte med Helbredelse. Hvad Lidelsens Årsag angår, er Forf. tilbøjelig til at opstille 3 Kategorier: 1) De fleste Tilfælde bero på Infektion, höre altså til de pyämiske og septiske Polynevriter. 2) En Del må anses for kakektiske. 3) Endelig tror Forf., at der gives Tilfælde, som ikke henhöre til nogen af disse 2 Klasser. Her må Födselsakten anses som det prädisponerende Moment for det sygdomsfrembringende Agens's Indträngen; her kommer den generelle Anæmi i Betragtning og psykiske Affekter, der i Svangerskabet og under Födselen indvirke uheldigt på Nervesystemet, måske også Blodets Overfyldning med Toxiner på Grund af Resorption af Produkterne fra Genitalorganernes regressive Metamorfose. — Uden at komme ind på Spörgsmålet om den puerperale Nevrits Årsager fremdrager BERNHARDT (Berlin) nogle äldre Meddelelser om denne Lidelse (deriblandt 2 egne) og meddeler et nyt (neuritis puerp. nn. mediani et ulnaris): *Ueber Neuritis puerperalis* (s. St., Nr 50, S. 935).<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Som Note kan her tilföjes en Meddelelse om samme Ämne fra Begyndelsen af 1895 af A. EULENBURG (Berlin): *Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis*

Om end ikke en egentlig Barselsængslidelse, må sarcoma deciduo-cellulare dog omtales på dette Sted. Denne Nydaunelse blev udførligere omtalt i forr. Literaturoversigt (S. 243—45); i 1894 er der kommet en Del ny Kasuistik til; på enkelte Punkter er vort Kendskab til Lidelsens patologisk anatomiske Forhold blevet noget udvidet; men i det hele og store stå vi lige så uforstående overfor den som tidligere. Da nu patologisk-anatomiske, mikroskopiske Beskrivelser ikke egne sig for Referater, der ikke ere særdeles vidtløftige, skulle vi her nøjes med en forholdsvis kort Meddelelse om den herhenhørende Literatur. Denne omfatter: NOVÉ-JOSSERAND og LACROIX (FOCHIERS Klin., Lyon): *Sur le déciduome malin* (Ann. de gyn. 1894, févr., S. 100—24; mars, S. 216—47; avril, S. 317—32). J. PAVIOT (AUBERTS Klin., Antiquaille): *Un cas de déciduome malin avec noyaux métastatiques multiples* (s. St., avril, S. 306—17). JEANNEL (Toulouse): *Du déciduome malin* (s. St., novb., S. 372—75). MENGE (ZWEIFELS Klin., Leipzig): *Ueber Deciduosarcoma uteri* (Zeitschr. f. G. u. G. 30. 2, S. 323—64 og Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 11, S. 264—67). H. LÖHLEIN (Giessen): *Nachtrag zu den Fall von sarcoma deciduo-cellulare o. s. v.* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 20, S. 484—85). R. KLIEN (v. WINCKELS Klin., München): *Ein Fall von Deciduo-Sarcoma uteri giganto-cellulare* (Arch. f. Gyn. 47. 2, S. 243—70). HARTMANN og TOUPET (Paris): *Du déciduome malin* (Bull.

(Deutsche med. W. 1895, Nr 8, S. 118—21; Nr 9, S. 140—46). Forf. meddeler 4 nye Tilfælde; de 3 have den sædvanlige Karakter (1 medianus og ulnaris; 2 tibialis; 3 ischiadicus). Det 4de derimod er en generaliseret polynenritis, i sin Opråden lignende en LANDRYS opstigende akut Paralyse. Lidelsen optrådte her i Tilslutning til en på Grund af ustandselig hyperemesis gravidarum fremkaldt Abort hos en ved Ophold i Troperne medtagne Patient, der under og efter Aborten led af stærke Blødtab. Forf. mener dog med Rette at kunne regne Lidelsen for puerperal og fremhæver desuden, at vedholdende Svangerskabsbrækninger synes at forekomme hyppigt i Anamnesen hos de af puerperal neuritis angrebne. Han benytter Lejligheden til at protestere mod at opfatte hyperemesis som et hysterisk Symptom, en »Mavenevrose«, mener, at man snarere bør tænke på en Avtointoxikation (Acetonæmi). Men også de så kaldte puerperale Nevritter ere sikkert ikke sjældent begyndte allerede i Graviditeten, hvad Forf. mener at kunne bevise ved flere i Literaturen meddelte Sygehistorier. Han tror ikke, vi endnu ret kunne benytte de ætiologiske Ejendommeligheder til at skelne de forskellige Former af puerperal neuritis; men holde vi os til de kliniske Karakterer, kunne vi skelne mellem 2 Hovedformer: 1) En lettere, mere lokaliseret Form, der hyppigst optræder med en Brakialtype, især i Ulnaris- og Medianusgebetet, en- eller dobbeltsidig, sjældnere, og da oftest ensidig, med en Krural- eller Lumboskrualtype i Ischiadicusgebetet, eller også først brakial, så krural. Den synes overvejende at give en god Prognose. 2) En sværere, mere diffus eller generaliseret Form, der udvikler sig akut eller subakut, ascenderende eller descenderende, i enkelte Tilfælde svarende til den nevritiske Form af den Landryske Paralyse, og som også i større eller mindre Udstrækning griber over på det cerebrale Nerveområde. Også her kan Prognosen være god, selv om det under Forløbet ser meget trøstesløst ud. Forf. tilråder en tidlig lokal Behandling (Elektricitet o. s. v.). Ved friske Nevritter med Smerten og Hyperæstesier (især hyppige i Ischiadicusgebetet) tilråder han Injektioner ind i det paranevrotiske Væv, hvor Nerven ligger overfladisk, af Karbol 2 % eller Karbolmorfin (2 % Karbol, 1 % Morfin), 1 Gm ad Gangen. Til Slutning har Forf. tabellarisk sammenstillet 34 Tilfælde af puerperal neuritis fra Literaturen.



de la soe. anat. de Paris, octb. 1894. Ref. i Epitome of eurr. med. litt. til Brit. med. j. 26, I. 95, S. 15). Af disse Tilfælde indtager PAVIOTS en Særstilling, da der ikke var påvist nogen forudgående Graviditet. Da Pat. imidlertid i 13 År havde lidt af Metrorragier, mener Forf., at en Abort muligvis kan være bleven overset på Grund af disse. Det kliniske Forløb var som ved et malignt Deciduom, og der fandtes Metastaser i de forskellige Organer. I uterus fandtes desuden udbredt Adenomdannelse — den mulige Årsag til de mangeårige Blødninger. I NOVÉ-JOSSERANDS, MENGES og KLIENS Tilfælde var, som i flere tidligere, det Svangerskab, hvortil Lidelsen sluttede sig, endt med Udstødelsen af en mola hydatidosa. MENGE udtaler den Formodning, at Lidelsen begynder tidlig i Svangerskabet og så er Årsag til, at Ægget degenererer til en mola hydatid.; ti medens, som sagt, Deciduosarkomet forholdsvis hyppigt iagttages efter en mola hydatid., viser Statistiken, at mola hydatid. meget sjældent efterfølges af et Deciduosarkom. Vi kunne i denne Sammenhæng referere en Undersøgelse af KEHRER (Heidelberg): *Ueber Traubenmolen* (Arch. f. Gyn. 45. 3, S. 478—505). Han har samlet 50 Tilfælde af mola hydatid. fra Jordemødres Praxis og undersøger nu de herhen hørende Forhold fra forskellige Sider. Hvad der her særlig interesserer os, er det senere Forløb. Af de 50 Tilfælde døde senere 9; men intet af disse Dødsfald synes at kunne henføres til Deciduosarkom. Om det eneste, hvor der kunde være Tale herom, oplyses det kun, at Pat. døde af en Underlivsvulst; men Døden indtraf først 3 År efter Aborten, og Pat. var da 53 År. Af de øvrige døde 1 af peritonitis 11 År senere; 1 af Puerperalfeber 9 År senere; 1 af en Hjärnetumor 9 År senere; 3 af phthisis (der skulde have været til Stede for Molasvangerskabet) henholdsvis 5, 5 og 4 År senere; 1 af Psykose 4 År senere; 1 af »Krampe» 1 År senere. — Hvad Lidelsens kliniske Forløb angår, frembyde de meddelte Tilfælde intet ejendommeligt. Hvad Behandlingen angår, da oplyser LÖHLEIN, at den Pat., om hvem han havde meddelt, at hun 5 Måneder efter Totalexstirpation af uterus var rask, døde godt 1 År efter Operationen under Symptomer på Metastaser til Lungerne. Når NOVÉ-JOSSERAND og JEANNEL glæde sig over, at deres Patient endnu er rask 3 henholdsvis 5 Måneder p. o., vil det dog vist derfor være rigtigt at stille sig skeptisk til det forventede gode Resultat af den, det må indrømmes, eneste mulige Terapi, Totalexstirpationen af uterus så tidligt som muligt. MENGE tilråder derfor indtrængende altid at underkaste de noget efter en Abort fra uterus udskrabede Masser en sagkyndig mikroskopisk Undersøgelse. I det ene af de af MENGE meddelte to Tilfælde gjordes også Totalexstirpation; men Pat. døde 6 Mdr. senere med Metastaser til Lunger, Milt o. s. v. Hvad de patologisk-anatomiske Forhold angår, da kalder KLIEN i sit Tilfælde Lidelsen Deciduo-Sareoma giganto-cellulare af Hensyn til, at der i Svalsterne ved Siden af Deciduacellerne og små Sarkom- og Tenceller oprådte nogle kæmpestore Celler (ikke Kæmpeeeller, som K. kalder dem); ganske lignende Celler fandtes i det af NOVÉ-JOSSERAND og LACROIX meget udførligt beskrevne Tilfælde. Noget tilsvarende til det af GOTTSCHALK beskrevne Fund (se forrige Literaturovers.), hvor Nydannelsen skulde

være udgået fra villi chorii og ikke fra decidua, har ingen af de senere Undersøgere fundet. Nærmest hertil kommer følgende Tilfælde, om hvilket det dog er tvivlsomt, hvor vidt det med Rette kan henføres til de her omtalte eller tilsvarende Lidelser. Det meddeles af LUDWIG FRAENKEL (PERNICES Klin., Greifswald): *Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus nach Blasenmole* (Arch. f. Gyn. 48. 1, S. 80—102). I det af Forf. beskrevne Tilfælde udstødtes en barnehovedstor Blæremola i Juli 1892; tilbageblevne Rester fjærnedes digitalt. I Marts 1894 søgte hun atter Hjælp for Underlivsmerter. Der fandtes nu Svulstmasser i og om uterus. Ved en Laparotomi d. 29 Marts fjærnedes en Del af disse. Under tiltagende Kakexi og Blødninger med Symptomer på bronchitis og Blæreblødninger døde Pat. d. 9 Juni. Ved den kun delvise Sektion fandtes Svulstmasser i og om uterus, i vagina, i vesica og i Milten. Hvad disse Svulstmassers mikroskopiske Bygning angår, må henvises til Beskrivelsen i Originalen. Kun et eneste lille Sted fandtes Billeder, der mindede om sarcoma deciduo-cellulare. I øvrigt beskrives Billederne som karcinomlignende, der findes Strøg af Epitelceller og store Blodudtrådninger. Epitelcellerne ere store, uden tydelige Cellegrænser, og opfattes af Forf. som udgåede fra Epitelet på villi chorii. Man må dog nære ret store Betænkkeligheder ved at henregne dette Tilfælde til en fra villi udgået malign Nydannelse.

I Tilslutning til de her beskrevne Tilfælde af Udvikling af maligne Nydannelser efter et Svangerskab skal Opmærksomheden henledes på et Tilfælde, der meddeles af JAHR (WERTHS Klin., Kiel), hvor der efter en partus arte præmat. kom et rapid Svind af Sarkomer, der syntes opståede i Svangerskabet: *Ein Fall von rascher Rückbildung von Sarkomen nach künstlicher Frühgeburt* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 23, S. 545—48). Der var Nydannelser i Axillen, mamma, det lille Bækken, vagina, collum uteri, og vist også i Hjærnen og Bughulen. Pat. indkom med Feber og stærke Smerter. Efter Svangerskabets Afbrydelse formindskedes de synlige Svulster overordentlig eller forsvandt ganske; men Kakexien holdt sig, og Pat. døde 6 Uger p. p.

Vende vi os nu til Sygdomme hos de nyfødte Børn, da har Spørgsmålet om Ätiologien og Patogenesen af melæna neonatorum fremkaldt en ret livlig Diskussion. V. PREUSCHEN (Greifswalde) har i Tilslutning til de i Literaturoversigten Bd 9, S. 242 refererede, af V. P. sammen med POMORSKI udførte Forsøg over Fremkaldelsen af melæna ved Hjælp af Läsion af Hjærnen, fortsat og udvidet disse Experimenter, ligesom han i et nyt, dødeligt Tilfælde af melæna har fundet Blodudtrådning på den store Hjærnes Overflade. Sine Undersøgelser over melæna har V. PREUSCHEN offentliggjort i et større Arbejde: *Verletzungen des Kindes während der Geburt als Ursache der Melæna neonatorum* i Festschr. zur Feier des 50-jähr. Jubil. der Gesellschaft. f. G. u. G. in Berlin, der dog kun er Ref. bekendt i Uddrag; men V. P. har selv gengivet sine vigtigste Forsøg i en Meddelelse: *Die Läsion der Centralorgane bei der Geburt als Ursache der Melæna neonatorum* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 9, S. 201—7). Han polemiserer heri mod GÄRTNERS nedenfor refererede Arbejde om melænas

bakteriologiske Oprindelse og meddeler, at hans Forsøg (på Kaniner) have vist, at Läsioner af mange forskellige Hjärnedele, ligesom også Extravasater på Hjärnens Overflade, kunne forårsage melæna; ofte fremkaldes også hæmorrhagisk Lungeinfarkt. I de i Literaturen meddelte Tilfælde af melæna mener han at finde en Støtte for sin Opfattelse, om end en nøjagtig Sektion af Hjärnen som oftest mangler. Hos hans Kaniner lå de ved Hjärneläsion forårsagede Blodudtrædninger i Ventrikelvæggen i selve Slimhinden, dækkede af dennes øverste Lag, der dog snart gik til Grunde. I et af ARTHUR SCHÜTZE (DOHRNS Klin., Königsberg) meddelt dødeligt Tilfælde af melæna: *Ein Fall von Melæna neonatorum* (s. St., S. 207—9) fandtes ingen påviselig Läsion af Ventriklens eller Tarmkanalens Slimhinde. Der fandtes under tentorium cerebelli på begge Sider små Blodextravasater på dura og delvis i denne. Forf. synes dog ikke at lægge nogen Vægt på dette Fund. — Den ovenfor omtalte Meddelelse af F. GÄRTNER (Heidelberg) er følgende: *Identischer Bakterienbefund bei zwei Melænafällen Neugeborener* (Arch. f. Gyn. 45. 2, S. 272—82). I 2 Tilfælde af melæna neonat., af hvilke det ene endte dødeligt, det andet helbrededes, har Forf. i Tarmudtømmelserne, i Blodet og i Organerne fundet en Bacil, der viste sig patogen for Dyr og også hos disse, navnlig ved Infektion på Navlestedet, fremkaldte tilsvarende Lidelser til dem, der findes ved melæna. Angående Enkeltheder, særlig m. H. t. vedkommende Mikroorganismes biologiske Forhold, må henvises til Originalen. I Anledning af V. PREUSCHENS Kritik af denne Meddelelse udtaler GÄRTNER: *Ueber Melæna neonatorum* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 29, S. 691—93) bl. a., at lige så vel som det må indrømmes, at en bakteriologisk Undersøgelse alene uden Sektion af Hjärnen er ufyldestgørende i disse Tilfælde, lige så vel er det utilstrækkeligt at foretage Sektion uden bakteriologisk Undersøgelse. Ti foreligger der en Infektion, kan det meget godt tænkes, at denne har forårsaget så vel Blodudtrædningen i Fordøjelseskanalen som de intrakranielle Blødninger. Mod Opfattelsen af disse som det primære taler den Omstændighed, at man så ofte i Fødselsforløbet savner et Moment, der kan forklare, hvorfor og hvorledes der skulde være opstået en intrakraniell Blødning.

Den i Literaturovers. Bd 9, S. 119 omtalte gonorrhøiske stomatitis synes ikke at være iagttagen hyppigt. Et nyt Tilfælde af denne Lidelse meddeles fra KÜSTNERS Klin. i Breslau af H. LEYDEN: *Ein Beitrag zu der Lehre von der gonorrhöischen Affektion der Mundhöhle bei Neugeborenen* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 8, S. 185—87). Lidelsen optrådte i nøje Tilslutning til en på 7de Dag opstået gonorrh. ophthalmoblenorrhoea og begyndte på Overlæbens Indside, hvorfra den bredte sig. Den behandledes med Pensling med Sublimatvand 1:7000 og endte med Helbredelse i Løbet af 9 Dage.

**Extrauteringraviditet.** Jeg skal som sædvanlig begynde med at meddele en tabellarisk Oversigt over de med Laparotomi behandlede Tilfælde, jeg har kunnet samle fra Literaturen (og som altså selvfølgelig ikke kan gøre Fordring på Fuldstændighed). Som sædvanlig ere kun de Tilfælde medregnede, hvor man af Meddelelsen kan se, at

Diagnosen er utvivlsom. Tabellen har i det væsentlige samme Form, som i de tidligere Literaturoversigter; dog er den tidligere Tabels 2 Rubrikker I. A  $\alpha$  og I. A  $\beta$  slåede sammen til en: Tubarabort; Betegnelsen for I. B  $\beta$  er forandret til: Akute Ruptur-Symptomer ikke til Stede, der formentlig er korrektere end den tidligere: Længere Tid efter Rupturen. De andre Forandringer ere uvæsentlige. Tabellen omfatter 127 Tilfælde med 23 Dödsfald; heraf falde ikke mindre end 10 Dödsfald på de 27 Tilfælde, der ere opererede, medens Pat. endnu var under Påvirkning af akute Ruptur-Symptomer (Anæmi, Shok).

I. Svangerskabets 1ste Halvdel . . . . .	104, deraf døde 20.
A. Før Bristning af Ägsäcken . . . . .	40, deraf døde 4.
$\alpha$ . Tubarabort . . . . .	33, deraf døde 2.
$\beta$ . Fosteret levende . . . . .	3    »    » 2.
$\gamma$ . Närmere Forhold ukendt . . . . .	4    »    » 0.
B. Efter Bristning af Ägsäcken . . . . .	61, deraf døde 14.
$\alpha$ . Akute Ruptur-Symptomer til Stede .	27, deraf døde 10.
$\beta$ . Akute Ruptur-Sympt. ikke til Stede	26    »    » 3.
$\gamma$ . Dette Forhold ukendt . . . . .	8    »    » 1.
C. Uoplyst, om Bristning eller ej . . . . .	3, deraf døde 2.
II. Svangerskabets 2den Halvdel . . . . .	23, deraf døde 3.
A. Fosteret levende . . . . .	4, deraf døde 2.
$\alpha$ . Hele Ägsäcken (med placenta) fjärnet .	1, deraf døde 0.
$\beta$ . Placenta og en Del af Ägsäcken fjärnet	1    »    » 0.
$\gamma$ . Placenta og Ägsäk ladt tilbage . . . .	1    »    » 1.
$\delta$ . Placenta alene ladt tilbage . . . . .	1    »    » 1.
B. Fosteret dödt . . . . .	19, deraf døde 1.
$\alpha$ . Hele Ägsäcken (med placenta) fjärnet .	5, deraf døde 1.
$\beta$ . Placenta og en Del af Ägsäcken fjärnet	1    »    » 0.
$\gamma$ . Placenta og Ägsäk ladt tilbage . . . .	8    »    » 0.
$\delta$ . Ägsäk og Placentas Behandling ukendt	5    »    » 0.

Om de enkelte Tilfælde er der ikke meget særligt at berette. Af de 4 Tilfælde med levende Barn i 2den Svangerskabshalvdel står det ene dog lige på Gränsen og kunde måske med samme Ret være regnet til I. B  $\beta$  som til II. A  $\beta$ . Det meddeles af D. BERRY HART (Edinburgh): *On the extra-peritoneal form of extra-uterine gestation* (Amer. j. of obstetr., may 1894, S. 577—93). 1 Födsel for 6 År siden. Nu 2 Perioder udeblevne. D. 11 Januar pludselig Kollaps og Smerte, men ingen tydelige Tegn på et bristet Extrauterin-svangerskab. 10 Dage senere Blödning og Afgang af Hinder. Udskrabning af Uterinhulen. Herefter bemærkes en Svulst til højre for uterus. D. 30 Marts Laparotomi. Subperitonäalt fandtes en tumor,

hvori indeholdtes Blod og en lille placenta af frisk Udseende. Den fjærnedes for største Delen, Säckens Vægge syedes til Bugsåret, og Sækken tamponeredes. D. 6 April föltes i Säckens Bund en lille Åbning, og gennem denne kom man ind i en Hulhed, hvori lå en Amnionssäk indesluttende et  $4\frac{1}{2}$  Måneders, frisk Foster, og hvori også fandtes Placentarväv, der delvis fjærnedes. Efter at Hulheden var tömt, tamponeredes den. Senere ombyttedes Tamponaden med et Drän, og der foretoges Udskylninger, hvorved efterhånden alt Placentarväv fjærnedes. Helbredelse. — Det 2det af de helbredede Tilfælde meddeles af REGNIER (Wien) i Centralbl. f. Gyn. 1893, Nr 50, S. 1170—71. Fosteret lå helt frit mellem Tarmene; det var 44 Cm. langt, vejede 1700 Gm, var dybt asfyktisk og bragtes ikke til Live. Placenta sad i Egnen af h. lig. latum. For at fjærne den intraligamentäre Fötalsäk (hvori altså placenta sad), måtte også uterus, hvis Hulhed var 25 Cm. lang, amputeres. Extraperitonäal Stülkbehandling. Betydelig Blödning ved Operationen; men Pat. kom sig dog. Forf. mener, det har været et bristet Tubarsvangerskab. — Det 3dje Tilfælde (II. A  $\gamma$ ), der meddeles af GUSTAF BRAUN i Wien (s. St. 1894, Nr 20, S. 485—88), synes at have været et Svangerskab i en ikke bristet Tubo-ovarialkyste eller et Tubo-ovarialsvangerskab; men det var selv efter Präparatets Udtagelse af Liget vanskeligt at stille en bestemt Diagnose. Pat. døde  $\frac{1}{2}$  Time p. o. af Anämi; den betydelige Blödning ved Operationen synes isär at skyldes, at Incisionen af den til forreste Bugväg adhärente Fötalsäk traf placenta. Fosteret vejede kun 1600 Gm, døde strax efter Födselen. — Det 4de Tilfælde (II. A  $\delta$ ) meddeles af CHARLES J. CULLINGWORTH (London), der opererede i 8de til 9de Måned ved levende Barn: *A case of advanced extrauterine gestation* (Brit. med. j. 22. XII. 94, S. 1422—25). Han benyttede den af LAWSON TAIT anbefalede Fremgangsmåde, at lade placenta tilbage. lukke Bugsåret, for så, hvis der senere skulde komme septiske Tilfælde, atter at åbne Underlivet og fjærne placenta. Dette sidste blev nödvendigt her; den 26te Dag p. o. åbnedes Underlivet atter; men Pat. døde få Timer senere. Der var pus i Navlesnorsvenen og dens Forgreninger. Pat. synes efter Sygehistorien at have frembudt septiske Tilfælde temmelig snart efter den förste Operation, skönt C. finder, at hun var »*progressing favourably*». Trods det uheldige Udfald anbefaler C. dog Metoden, ligeså AUST-LAWRENCE, medens andre Talere frarådede at benytte den. Barnet blev i Live  $\frac{3}{4}$  År.

Fölgende Tilfælde af intramuralt eller interstitielt Svangerskab er ikke medregnet i Tabellen. Det findes sammen med 14 andre Tilfælde af Extrauterinsvangerskab fra GUSSEOWS Klin. i Berlin i en Meddelelse af OSCAR MÜLLER: *Ueber ectopische Schwangerschaft* (Charité Ann., 19. Jahrg., S. 435—65). Det var et så fuldstændigt intramuralt Svangerskab, at Hulheden, efter at Fosteret (12 Cm. langt) o. s. v. var fjærnet, kunde sutureres fuldständig som ved et Kejsersnit. Helbredelse. Ligeledes ved et interstitielt Svangerskab opererede LAWSON TAIT (Lancet 13. I. 94. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 29, S. 705—6). Han havde diagnosticeret en suppurerende Kyste i lig. lat. Ved Laparotomi fandtes Svulsten at være dannet i venstre, for-

reste og øverste Uterinvæg. Den indeholdt dekomponerede Føtal- og Placentardele og stinkende Blod. Føtalsækken kunde ikke føles i Kommunikation med den udvidede Uterinhulhed. Efter Udtømmelse dræneredes Føtalsækken. Helbredelse (Tabellens I. A α).

Af gentaget Extrauterinsvangerskab hos samme Patient meddeles 3 Tilfælde; men de ere ret mangelfuldt oplyste. Det ene meddeles af F. W. JOHNSON (Boston): *Six cases of extra-uterine pregnancy* (Ann. of gyn., may 1894, S. 480—82). I hans 6te Tilfælde fjærnedes ved en Laparotomi for bristet Tubarsvangerskab på h. Side også den venstre, ikke bristede tuba. Om Präparatet meddeles: »Nærmere Undersøgelse af dette mærkelige Präparat er nødvendig. Men Undersøgelsen har allerede med Sikkerhed vist, at der findes et Svangerskab i bægge tubæ, muligvis et Tvillingsvangerskab i den ene. Sandsynligvis er Svangerskabet i bægge tubæ ikke af samme Alder». I DRANITZINS Tilfælde (Répert. universel. d'obst. et de gynée. mars 1894. Ref. i Epitome til Brit. med. j. 14. IV. 94, S. 59) var der 18 Mdr. tidligere diagnosticeret venstresidigt Tubarsvangerskab, der var forløbet uden Operation. Ved Laparotomi for højresidigt Tubarsvangerskab fjærnedes bægge tubæ. I højre fandtes villi chorii. Om v. tuba oplyses, at den var indlejret i Pseudomembraner. Ostium abdomin. lod en Finger passere. Tuba viste en valnødstor Opsvulmning; i Midten af denne fandtes et Koagel, udenom Bindevæv med Kalksalte. Diagnosen er altså særdeles tvivlsom. Det 3dje Tilfælde meddelte SÄNGER en passant ved Demonstration af en Del Präparater af syge tubæ i Gesellschaft. f. Geburtsh. i Leipzig (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 52, S. 1344—46). Han udtalte, at han ejede mikroskopiske Präparater af en 8 År forud gravid tuba med udmærket bevarede Öer af utvivlsomme Deciduaeeller. Denne tuba blev extirperet ved en Laparotomi for Tubarsvangerskab i 6te Måned på den anden Side.

Af samtidig extra- og intrauterin Graviditet findes meddelt 2 Tilfælde [i det her kun medregnes Tilfælde, hvor de 2 Svangerskaber ere opståede på samme Tid eller omtrent samtidig, derimod ikke de langt hyppigere Tilfælde, hvor en Kvinde, der har et åldre, forløbet extrauterint Svangerskab, bliver intrauterin gravid. Et sådant Tilfælde meddeles f. Ex. i et stort Arbejde af OTTO V. SCHRENK: *Ueber ektopische Gravidität* (Inaug. Diss., Dorpat 1893. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 1, S. 18—19). S. meddeler 7 Tilfælde af Extrauterinsvangerskab fra KÜSTNERS Klin. i Dorpat, hvorimellem det, hvortil her hentydes, og har desuden i Litteraturen samlet 610 Tilfælde fra Årene 1888 til 92]. Det ene af disse 2 Tilfælde er iagttaget af DICKSON (Journ. of the Amer. med. Assoc. 31. III. 94. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 52, S. 1353). Det uterine Svangerskab var afbrudt ved Abort i 3dje Måned. Da der 14 Dage senere atter kom Blødning, diagnosticerede D. retroflexio uteri med endnu et Foster og gjorde frugtesløse Repositionsförsög. 14 Dage senere Tegn på indvendig Blødning. Ved Operation fjærnedes den bristede v. tuba og Fosteret. Helbredelse. Af Referatet kan man dog ikke se, om den omtalte Abort i 3dje Måned har været sikkert konstateret, eller om det måske er Udstødelsen af decidua, der er bleven tagen for en Abort. Et utvivlsomt



extra- og intranterint Tvillingsvangerskab foreligger derimod i følgende Tilfælde. Paa Grund af det samtidige Kejsersnit er det ikke medregnet i Tabellen; var det det, skulde det have været henført til 2 Aα. Det meddeles af GEORGE C. FRANKLIN (Leicester): *Intra- and extrauterine foetation at full term; cesarean section (Porro)* (Brit. med. j. 12. V. 94. S. 1019—20). Forf. kaldtes til en 33-årig VI-para, der havde været 18 Timer i Fødsel, uden at denne skred frem. Man følte Bagvæggen af vagina fremdreven af en stor, fast Masse, der antoges for en Nydannelse i Bækkenet, som helt spærrede Passagen. F. foretog derfor Kejsersnit (efter Porro), og en fuldbåren levende Dreng bragtes til Verden. Der bemærkedes nu en stor Svulst, der hævede sig op fra det lille Bækken; den bristede ved Manipulationerne, og et fuldbåret, dødt Foster ekstraheredes. Herefter kom der en furibund Blødning (Fötalsækken blødte allerede forud en Del), nemlig fra den over fossa Dougl. og Tarne udbredte placenta. Først da ethvert Spor af denne var fjærnet, ophørte Blødningen; men Pat., der allerede før Operationen var meget medtagen, døde  $\frac{1}{2}$  Time efter denne. Det var det extrauterine Fosters Hoved, der var følt per vaginam.

Et i sin Art enestående Tilfælde meddeles af KIRCHHOFF (Hagen i W.): *Ein Thorakopagus im tubaren Fruchtsack* (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 10, S. 232—33). Präparatet, der var vundet ved Laparotomi for en Tubarabort, knap 3 Mdr. efter at menses sidste Gang havde været til Stede, indeholdt i den runde Fötalsæk, hvis Vægge vare fortykkede ved Blodkoagler, 2 Fostre af 11 mm. Længde. Disse vare sammenvoxede Tvillinger, idet Kropbedäkniugerne fra det ene Fosters v. Side i Form af en tynd og temmelig fast Bro gik lige over i det andet Fosters h. Side.

M. H. t. Extrauteringraviditetens Behandling kan anføres følgende. Den elektriske Behandling har nu kun meget få Forsvarere; blandt disse må dog nævnes A. BROTHERS (N. Y.): *Present position of the electrical treatment of extra-uterine pregnancy* (Amer. j. of obst. jan. 1894, S. 56—62). Forf. har samlet 85 Tilfælde af Extrauterinsvangerskab, behandlede med Elektricitet. I 7 Tilfælde brugtes Galvanopunktur, og 2 døde; denne Metode forkaster derfor Forf. I 78 Tilfælde brugtes ikke Punktur (konstant eller faradisk Ström), og kun 1 af disse Patt. døde som Følge af Behandlingen. Forf. roser den meget stærkt og vil have den almindelig anvendt; men ser man nærmere på de Ulämper, der have været forbundne med den, kan man næppe give ham Ret. I flere Tilfælde ere således Fostrene udstødte per vaginam eller rectum, flere Gange har der senere måttet gøres Laparotomi, nogle Gange har der været Symptomer på Ruptur o. s. v. — Om Behandling med Morfinindsprøjtning i Sækken høres ikke meget. En säregen Anvendelse af denne Metode har LUGEOL gjort (Nouv. arch. d'obst. et de gyn. 1893. N:r 1. Ref. Amer. j. of obst. Septb. 1894, S. 433). Han diagnosticerede Extrauterinsvangerskab i 7de Måned med levende Foster; men Pat. var i en så elendig Tilstand, at han ikke vovede strax at gøre Laparotomi. Han injieerede derfor 5 ctgrm Morfin ind i Fosterets Skulder; det døde 9 Timer herefter.  $2\frac{1}{2}$  Måned senere foretog L. så Laparotomi med heldigt Udfald.

M. H. t. Behandlingen kan endnu nævnes et Foredrag af SÄNGER (Leipzig) fra Kongressen i Rom: *Ueber aktive Behandlung des tubaren Abortus* (Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr 17, S. 395—96). Han hävder, at, selv om den öjeblikkelige Fare ved Tubarabort er mindre end ved Ruptur, så kommer der dog ofte vedholdende, gentagne Blödnings. Ere Blödningserne ophörte, er der Fare for sepsis. Men selv om denne ikke indträder, kræver Hämatocoelets Resorption altfor lang Tid. Behandlingen bör derfor være aktiv og bestå i Laparotomi, medens Operation per vaginam (med og uden Borttagelse af uterus) forkastes. Man opererer bedst 3—4 Uger efter endt Blödnings, hvis man ikke nödes til at operere under denne. Det er vigtigt hurtigst muligt at sætte Klemmetänger på vasa spermatica ved lig. infundib. pelv. og på deres Anastmoser med vasa uterina ved Kanten af uterus. Er Hämatocoelet afkapslet, skal man söge at udskrälle det in toto. I Regelen kan man lukke Underlivet fuldstændigt, i en Del Tilfælde kræver Hämostasen dog Tamponade à la MIKULICZ. Forf. har i de sidste Aar opereret 16 Tilfælde af Tubarabort efter disse Regler og kun mistet 1 Patient.

Hvad angår Extrauterinsvangerskabets Patologi, er der kun fremkommet meget lidt nyt. M. H. t. det omtvistede Spörgsmål, om der ved Tubarsvangerskab dannes en decidua reflexa, ere Undersögelser af EUGEN FRAENKEL fra WINCKELs Klinik i München faldne negative ud, idet han ikke har kunnet finde en sådan: *Untersuchungen über die Decidua circumflexa und ihr Vorkommen bei Tubarschwangerschaft* (A. f. G. 47.1, S. 139—88). — For Tubarsvangerskabets Patologi er sikkert også den fölgende Afhandling af ikke ringe Betydning. Den offentliggöres af R. KOSSMANN (Berlin): *Ueber accessorische Tuben und Tubenostien* (Z. f. G. u. G. 29, S. 253—67). Forf. er ved en nöje Undersögelse af det fra MARTINs Operationer stammende Materiale bleven forbavset over den Hyppighed, hvormed Bi-tubae og overtallige Tubarostier forekom. Bestemt angive, hvor hyppigt de forekomme, kan han ikke, men mener, at de findes hos 4—10 pct. af alle Kvinder, ofte i större Antal på samme tuba. Bi-tubae kunne have lumen eller mangle sådant; men er der lumen, åbner det sig ikke ind i Hoved-tuba og ofte heller ikke ud mod Peritonæalhulen. Åbner det sig mod denne, findes altid Fimbrier omkring det overtallige ostium; men også uden ostium kan der findes Fimbrier; omvendt kan der findes overtallige ostia (med Fimbrier) uden Bi-tubae, ja alene Fimbrier uden ostium eller Bi-tuba. At de mod Bughulen åbne Bi-tubae kunne få Betydning som ætiologisk Factor ved Opståen af et extrauterint Svangerskab, synes i høj Grad sandsynligt, ligesom også, at et fra Bi-fimbriae udviklet, noget fremskredet Svangerskab ganske vil kunne imponere som et Abdominalsvangerskab. — Angående Forf.'s Påvisning af, at Parovarialkyster ofte — måske altid — ere kystisk degenererede Bi-tubae, ligesom også m. H. t. hans Forklaring af Mäden, hvorpå de beskrevne Misdannelser opstå, må henvises til Originalafhandlingen.

**Gynäkologi.** Det er ikke betydeligt, hvad der er fremkommet på dette Område, — spaltelange Diskussioner om denne eller hin



tekniske Detalj, det er Hovedsagen. Vi skulle derfor söge at gøre dette Afsnit af Literaturoversigten forholdsvis kortfattet. Vi kunne begynde med et Forslag til en modificeret Form af den bimanuelle Explorationsmetode, der er fremkommet fra HOWARD A. KELLY (Baltimore): *The advantage of atmospheric distention of the rectum, with dislodgment of the small intestines, in the bimanual examination of uterus, ovaries, and tubes* (Amer. j. of obst. May 1894, S. 607—10). Forf. angiver, at den kombinerede Undersøgelse af Bækkenorganerne ofte lettes ved følgende Fremgængsmåde. Efter at vesica og rectum ere godt udtömte, lægger man Pat. i Knä-Brystleje og indfører et lille Analspeculum. Herved synke Tarmene bort fra det lille Bækken og rectum udspiles med Luft. Når man nu udtager sit speculum, lægger Pat. tilbage i sædvanlig Undersøgelingsstilling og explorerer (med den ene Finger i rectum), föler man gauske tydelig Bagfladen af uterus, Ovarier o. s. v.

Hvad nu de större Underlivsoperationer angår, da kan her omtales en Diskussion i Leipzigs Gesellsch. f. Geburtsh. om et Foredrag af SÄNGERS Assistent G. SCHIFFER: *Ueber Darmobstruktion nach KÖliotomien mit Bezug auf trockene und feuchte Asepsis in der Bauchhöhle* (Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr 38, S. 913—22 og 928—30). S. hävder, at den törre Aseptik (särilig med Bedäkning af Tarmene med törre, steriliserede Gazestykker) langt lettere giver Anledning til sådanne Läsioner af Peritonäalbeklädningen, som före til Adhärencer og derigennem til ileus, end den fugtige Aseptik, og stötter dette på, at SÄNGER ved 132 Laparotomier med tör Aseptik havde 10 Dödsfald, hvoraf kun 1 skyldtes Infektion, men ikke mindre end 5 Tarmokklusion, medens han ved 76 Laparotomier med fugtig Aseptik kun havde 2 Dödsfald, intet af Tarmokklusion, og kun i 2 Tilf. fandtes overhovedet Symptomer i denne Retning. Forf. stötter sig på de tilsvarende Erfaringer fra Bern, der sammen med en Række Dyreforsög ere offentliggjorte af WALTHARD: *Zur Aetiologie peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien und deren Verhütung* (Korrespondenzbl. f. schw. Aerzte 1893), og fölger den heri givne Anvisning til som Vädske til at gøre Gaze fugtig med at anvende den TAVELske Oplösning: Natr. carbon. calcin. 2,5, Natr. ehlor. pur. 7,5 til 1 Liter Vand. I Diskussionen stöttes denne Anskuelse af DÖDERLEIN, medens ZWEIFEL mente, at Opträden af ileus ikke beroede på de her anförte Forhold. Han havde ved 307 Laparotomier med tör Aseptik kun haft 2 Tilfælde af ileus.

Blandt andre Uheld, som kunne optræde efter en Laparotomi, kan end videre nævnes den efter en Ovariotomi ikke så helt sjalden iagttagne Opträden af en malign Nydannelse i Arret, et Forhold, der flere Gange er omtalt i disse Literaturoversigter, og hvorum der i 1894 foreligger en samlet Oversigt af PFANNENSTIEL (FRITSCH'S Klin., Breslau): *Ueber Carcinombildung nach Ovariotomien* (Z. f. Gyn. u. G. 28.2, S. 349—74). Forf. mener, at en Del af de efter Ovariotomi iagttagne Tilfælde af maligne Nydannelser beror på en af Ovariesvulsten nafhængig Opståen af en Svulst, en Del beror på, at Ovariesvulsten selv har været af malign Natur, uden at dette har været bemærket; men en Del må sikkert også, som af OLSHAUSEN fremhævet,

opfattes som Implantationsnydannelse, hvor den oprindelig benigne Nydannelse er bleven malign. Særlig Interesse skænker Forf. de mulige Nydannelse i Bugsåret efter Fjernelse af godartede Ovariekyster. Han har samlet 11 herhen hørende Tilfælde fra Literaturen, af hvilke dog kun få ere ganske sikre, hvad den oprindelige Svulsts Benignitet angår, og føjer hertil et 12:te, hvor FRITSCH 16. I. 89 fjernede en Ovariekyste, der nøje undersøgtes af P. og viste sig som et almindeligt adenocystoma pseudomucinos. Efter et Par Års Forløb opstod der en lille Knude i nederste Del af Arret i Bugvæggen, og herfra bredte Svulstdannelsen sig især ned på h. Lår, så Pat. døde kakektisk 7. VII. 93. Ved Sektionen fandtes Bækkenorganerne sunde. Nydannelsen var et Kareinom, der dog i sin Bygning mindede noget om et Adenokystom. Forf. mener, at Nydannelsen er begyndt som sådant, indpodet i Bugsåret under Operationen ved det påfaldende seje Kysteindhold, og så senere er gået over til Kareinom. Han tilråder under Operationen at søge at beskytte Såret mod Kystevådskanalen, især hvis denne er sej, altså klæber mere og lettere tillader løsrevne Epitelceller at fæstne sig.

Spørgsmålet om Stilkbehandlingen ved Myomotomi har i høj Grad været på Dagsordenen, og det var et af de Spørgsmål, der på Kongressen i Rom var forud bestemt til Diskussion, der indlededes af MARTIN (Berlin), MANGIAGALLI (Milano) og v. OTT (St. Petersburg) (se Ann. de gyn., mai-juin 1894, S. 476—533 og Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr 16, S. 369—74 og Nr 26, S. 625—32). I Diskussionen deltog BANTOCK (London), PÉAN (Paris), DOYEN (Reims), JACOBS (Bruxelles), CARLE (Torino), CALDERINI (Parma), L. LANDAU (Berlin) og fl. a., og alle syntes enige om at erkende Betydningen af Operation per vaginam ved de mindre Svulster. Totalexstirpationen havde øjensynlig erhvervet sig mange Tilhængere, af hvilke nogle vilde operere helt per abdomen, andre kombineret abdomino-vaginalt, nogle bruge Foreipressur, andre Ligatur; men alle syntes enige om, at det var det sikreste slet ikke at have nogen Cervikalstump at forsørge. Også den retroperitonæale Metode kunde glæde sig ved flere Tilhængere; for den extraperitonæale Metode talte derimod kun BANTOCK og til Dels CALDERINI. Blandt Tilhængere af Totalexstirpation endende med vaginal Foreipressur kan nævnes LANDAU og JACOBS; sidstnævnte har angivet nogle særlige Klemmer, der sættes på ligg. lata og Parametrierne ovenfra, hvorpå Handtagene tages af og sættes på per vaginam, ad hvilken Vej Klemmerne altså til sidst kunne fjernes. — I Centralbl. f. Gyn. 1894 har der end videre været en Række Artikler om Stilkbehandlingen, således af ZWEIFEL i Nr 14, S. 321—31, og Nr 35, S. 833—36, af LEOPOLD i Nr 4, S. 95—96, og Nr 26, S. 617—25, af BRENNER i Nr 30, S. 713—16, og af DOHRN i Nr 28, S. 665—67. ZWEIFEL har simplificeret sin tidligere beskrevne Metode, hvis Identitet med CHROBAKs retroperitonæale han hævder. Simplifikationen består navnlig i, at han ikke mere tager noget Hensyn til Uterinkaviteten (Cervikalkanalen), han hverken udbrænder eller udskærer den. End videre undlades Anlæggelsen af den provisoriske elastiske Ligatur, og han nøjes med at tildanne én Pritonæallapp, den forreste. Til Ligaturene bruges törsteriliseret Katgut. Han har 43 Tilfælde efter

denne Metode (dog ikke alle med Anvendelse af alle de nævnte Modifikationer) og kun 1 Dödsfald (ileus). I alt har han efter sin intraperitonäale Metode udført 92 Myomektomier med kun 3 Dödsfald. LEOPOLDS Metode (der beskrevs i Literaturoversigt Bd. 10, S. 148—49) er jo ikke meget forskellig fra ZWEIFELS; den har givet L. 18 Helbredelser og 1 Dödsfald (embolia art. pulm.). DOHRN roser meget Forsenkning af elastiske Ligaturer, som han anvender både ved Ovariotomier og Myomoperationer. Han bruger Gummisnore, og Slyngen fixeres ved en Blyring. De indkoples i Vävet, og D. har aldrig set nogen Gêne af dem. En særlig Metode for intraperitonäal Stilkbehandling beskrevs af V. OTT i Rom samt i Centralbl. f. Gyn. 1894, N:r 26, S. 625—32 og i en Artikel i Sem. méd. 1894, N:r 4, S. 25—26: *De l'hystéromyomectomie sus-vaginale simplifiée*. Metoden, der har givet ham 22 Helbredelser i 23 Tilfælde, består i følgende. Han begynder med energisk Desinfektion af vagina og nederste Del af uterus med Sublimat 1:2000 og Udbrænding af Cervikalkanalen. Derpå Laparotomi. Fremvältning af Svulsten, Anlæggelse af en elastisk Ligatur og Amputation af Svulsten. Kavterisation af Sårfladen og Cervikalkanalen med Termokavter. På hver Side af Cervikalkanalen tæt ved denne føres en stærk Ligatur igennem forfra bagtil og knyttes udad, så at Cervikalkanalens lumen ikke komprimeres. Den ringe Mængde Uterinvæv, der findes foran og bag Cervikalkanalen mellem de to Ligaturer, kan, om nødvendigt, komprimeres ved 2 Ligaturer lodrette på de 2 første. Derpå fjernes den elastiske Ligatur, og der føres Jodoformgaze gennem Cervikalkanalen ned i vagina, og opad udbredes det over Stumpens Sårflade, hvorpå Stumpen sänkes og Bogsåret lukkes. Der foretages antiseptisk Udskylning af vagina 2 Gange daglig. Jodoformgazen fjernes 4—5 Dage efter Operationen.

Ved Siden af Myomektomien hävde dog de andre operative Indgreb for denne Lidelse vedblivende deres Plads, således isär Kastrationen, medens en anden Operation, der i de senere År er kommen op, Unterbindingen af de tilförende Arterier, endnu ikke har fået sikkert Fodfäste. Vi skulle referere et Par Meddelelser om sidstnævnte Operation. Först kunne vi tage en Artikel af F. BYRON ROBINSON (Chicago): *A new method of treatment of uterine myoma without removal of the uterus, by ligation of the ovarian and uterine arteries* (Amer. j. of obst. April, 1894, S. 484—86 og 490—92). ROBINSONS Metode er ganske analog med RYDYGLERS, i det han efter Laparotomi underbinder a. spermatica interna (ved at lägge en Ligatur om tuba, der tager Arterien med) og lägger 2—3 Ligaturer om a. uterina, hvorved han dog advarer mod at lägge disse sidste for langt ned af Frygt for herved helt at afskäre Tilförselen af Blod til uterus. Adnexa fjärner han kun, hvor der er særlig Indikation derfor. Han har opereret 4 Gange på denne Måde, den ene Gang 14, den anden Gang 5 Måneder för Meddelelsen, de 2 sidste kort för denne. I de 2 første Tilfælde var tumor atrofieret og Blödningerne ophörte. I Diskussionen om dette Tilfælde udtalte FRANKLIN II. MARTIN (Chicago) sig mod denne Operation: gör man dog Laparo-

tomi, og kan man komme til et ligere Karrene, må man hellere amputere uterus. Den af M. angivne Operation, Ligering af a. uterina per vaginam, har derimod den Fordel at være et ringe Indgreb. Han har udført denne 8 Gange, og hver Gang har Resultatet været tilfredsstillende. Nærmere Oplysninger om Operationen har han givet i en Afhandling: *Ligation of the broad ligaments of the uterus for uterine fibroids* (Amer. j. of obst. 1894, Jan. S. 32—37 og 101—7). MARTIN nøjes ikke med, som GOTTSCHALK og KÜSTNER, at underbinde a. uterina, men foretager fra vagina en Masseligatur af så meget som muligt af lig. latum, med en eller flere forsøukede Ligaturer, og lægger stor Vægt på, at ikke blot Karrene, men også Nerverne underbindes. Han meddele 6 Tilfælde af til Dels meget store Fibromyomer, hvor Svulsterne ere endog betydelig formindskede og Blødningerne ophørte. Operationen udføres således, at der lægges en sagittal Incision på hver Side af collum, derpå løsnes for og bag vesica og rectum, idet man søger at någå at åbne peritonæum, og derpå anlægges Ligaturerne. Angående Underbinding af Karrene per laparotomiam giver i øvrigt RYDYGIER selv en ret trøstesløs Meddelelse: *Zur Unterbindung der Vasa uterina bei Myom* (Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr 13, S. 297—99), i det han i et Tilfælde af stærke Blødninger ved Fibromyomer 21. XII. 91 foretog Laparotomi og gjorde Underbinding af bægge aa. spermaticae int., aa. uterinae og bægge i lig. rot. forløbende små Arterier. Blødningerne standsede, men begyndte igen i Oktb. 92, og da Pat. i Marts 93 på ny søgte Klinikken, var hun så anæmisk, at hun få Dage efter døde, før der havde kunnet være Tale om Operation. R. mener, at Indgrebet snarest vil få Anvendelse, når man efter foretagne Laparotomi må afstå fra Radikaloperation; efter den nævnte Erfaring vil han dog i alle Tilfælde, hvor der ikke foreligger en aldeles bestemt Kontraindikation, foretrække denne.

Kastrationen benyttes stadig meget mod Fibromyomer. En Afhandling herom foreligger fra HERMES (FEHLINGS Klin. Halle): *Ueber die Erfolge der Castration bei Myomen* (A. f. Gyn. 48. 1, S. 103—30). I den her givne Sammenstilling af de af FEHLING og af KALTENBACH ved Fibromyomer udførte Kastrationer (55 Tilfælde) viser denne Operation et overordentlig gunstigt Resultat. Kun ved submuköse tumores var Resultatet ikke tilfredsstillende, idet Blødningerne her vedvarede, ligesom hvor Ovarierne ikke lode sig fjærne fuldstændigt. Om dette er Tilfældet, lader sig oftest først afgøre under Operationen. Forf. anbefaler Kastration ved middelstore, ikke stilkede, ikke submuköse Fibromyomer, især når Patienterne ere meget medtagne for Operationen, men vel at mærke kun, hvis Kastrationen kan udføres fuldstændigt. — Til at opstille en ganske særlig Kontraindikation mod Kastration har en ejendommelig Erfaring ført KEHRER (Heidelberg): *Mastdarmverschluss durch Einkeilung des Uterus myomatous respektive puerperalis in das Becken nach Laparotomie* (Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr 22, S. 521—28). Hos en Pat. med et submuköst Fibromyom i Bagvæggen af uterus foretog K. Kastration. Nogle Dage senere udviklede der sig ileus og Død. Ved Sektionen fandtes uterus kilet ned i Bækkenet, hvorved Svulsten fuldstændig

komprimerede rectum. Da uterus för Operationen lå over Bækkenet, mener K., at det er den ved Kastrationen bevirkede Formindskelse af uterus (der ofte begynder meget snart efter Operationen), der har gjort det muligt, at uterus har kunnet synke ned, og Svulsten har så komprimeret rectum. Han vil derfor for Fremtiden betragte den Omstændighed, at et middelstort Myom sidder på eller i Bagvæggen af uterus som bestemt Kontraindikation mod Kastration og som Indikation for Enukleation eller supravaginal Amputation af uterus. Et lignende Tilfælde af Kompression af rectum ved uterus med ileus og Død har K. i øvrigt set i Barselsängen efter et Kejsersnit for Osteomalaci.

Hvad sidstnævnte Lidelse, Osteomalacien, angår, da har dens Behandling og særlig den ved Kastration været ret ivrigt diskuteret. FRANZ V. WINCKEL (München) havde i 1893 samlet de offentliggjorte Tilfælde af Kastration ved Osteomalaci: *Ueber die Erfolge der Kastration bei der Osteomalakie* (Volkm. klin. Vortr. N. F. Nr 71) og havde vist, at kun de allerfærreste vare iagttagne så længe efter Operationen, at man med Rette kunde tale om en Helbredelse af Lidelsen. Der måtte foreligge en nøjagtig Undersøgelse af Pat.'s Tilstand mindst 1 År efter Operationen, helst længere, för man kunde tale om virkelig Helbredelse; ti Recidiver vare ikke sjældne. Han kritiserede skarpt de Hypoteser, FEHLING havde opstillet som Forklaring for Kastrationens Virkning, og de Grunde, hvorpå han stötte disse Antagelser. Af Indlæg i Striden om dette Spørgsmål fra 1894 kan nævnes en Artikel af LÖHLEIN (Giessen): *Erfahrungen über den Werth der Castration bei Osteomalacie* (Z. f. G. u. G. 29, S. 18—47). Forf. meddeler 3 Tilfælde af Porros Operation og 8 Kastrationer ved Osteomalaci samt 3 ikke opererede Tilfælde. Af de 11 opererede døde 1 som Følge af Operationen, hos de øvrige var Resultatet tilfredsstillende eller godt. Den i næsten alle Tilfælde meget hurtig indtrædende Bedring i de subjektive Symptomer skriver Forf. på den ved Operationen betingede Depletions Regning og opstiller den som sideordnet med den Bedring, der næsten altid indtræder efter Forløsningen. De senere Følger af Indgrebet for selve Sygdommen og den vedvarende Bedring betragter Forf. som betinget af det ved Operationen bevirkede Ophör af den prämenstruelle og menstruelle Kongestion, og Forf. ser en Stötte for denne Antagelse deri, at i et Par Tilfælde, hvor der flere Måneder efter Operationen atter kom menses, kom der et udtalt Tilbagefald af Lidelsen [smlg. nedenfor LATZKOs Tilf. Ref.] Forf., der i det hele indtager en Stilling midtvejs mellem FEHLING og V. WINCKEL, er uenig med förstnævnte i, at det skulde være Ovariernes Virksomhed, der skulde være Årsag til Osteomalacien; hvad Indikationen for Kastration angår, går han derimod videre end sidstnævnte, idet han ikke kræver, at Lidelsen skal vise sig direkte faretruende for Livet, men blot, at den vedbliver at bestå længere Tid efter overstået puerperium til Trods for den ellers sædvanlige Behandling (f. Ex. Soolbad, Fosforlevertran o.s.v.) Spørgsmålet blev også diskuteret på Mødet ved Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.'s 50årige Stiftelsesfest i Berlin (Z. f. G. u. G. 30, 2, S. 471—98). FEHLING meddelte, at han

forgåves havde forsøgt at helbrede Osteomalaci ved gentagne Klo-roformnarkoser og ved vedholdende Brug af Kloral. Hans Resultater ved Kastration (eller Porros Operation) vare meget tilfredstillende, også i Længden; kun i 2 Tilfælde var der lette Recidiver. ORTHMANN meddelte et ved Kastration helbredet Tilfælde, hvor der var fundet betydelig Karrigdom i adnexa og hyalin Degeneration af Karrene i Ovarierne. Lignende Forandringer havde v. VELITS fundet i 9 Tilfælde. CHROBAK havde set enkelte Tilfælde, hvor Kastrationen ikke havde hjulpet, men hvor senere medicamentøs Behandling (Fosfor) hjalp, og ligeledes nogle Tilfælde, hvor sidstnævnte Behandling alene havde givet godt Resultat. Men i det hele trode han dog, at Kastrationen var vort bedste Middel mod Lidelsen. v. WINCKEL forsvarede sig imod at ville have angrebet Kastrationen mod Osteomalaci. Men han vilde hævde, at vi, hvad de varige Resultater af denne Behandling angik, ikke kunde nøjes med løse Udtalelser, men måtte have en grundig, fra kompetent Side anstillet Undersøgelse af Pat. mindst 1 År eller mere efter Operationen.<sup>1)</sup> Imod Kastrationens Betydning for Osteomalaciens Helbredelse kan anføres en Meddelelse af GUÉNIOT (Paris): *Opération césarienne multiple* (Union méd. 1894. II, Nr 2, S. 20—21). G. har foretaget Kejsersnit for 2:den Gang hos to Kvinder, bægge Gange med Held, hos den ene 40 Mdr., hos den anden 17 Mdr. efter den første Operation. Alle 4 Børn sunde. G. ivrer mod at fjærne Ovarierne eller ligere tubae ved Operationen for at fremkalde Sterilitet. Som Bevis for det urigtige heri anfører han end videre et Tilfælde af Kejsersnit ved Osteomalaci, hvor Pat. helbredtes for denne Lidelse, skønt G. lod adnexa urørte. Hun blev snart efter på ny gravid, uden at Lidelsen vendte tilbage, og G. forløste hende rettidig ved Symfyseotomi med heldigt Udfald. — Angående Lidelsens Behandling med Klo-roform gives der Oplysninger i en Meddelelse af W. LATZKO (Wien): *Ueber den Einfluss der Chloroformnarkose auf Osteomalacie* (Wien. kl. W. 1894. Nr 28, S. 514—18; 533—37). Forf. har ved sine Undersøgelser ikke fundet mindste Støtte for PETRONES Teori om, at Osteomalaci skyldes nitritfrembringende Mikroorganismer; den oprindelig på denne Teori baserede Terapi med Klo-roformnarkose har han derimod anvendt i 10 Tilfælde, i  $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{4}$  Time hver Gang, hos de fleste 1 Gang, hos flere 2—3 Gange. Resultatet var i næsten alle Tilfælde en overordentlig hurtig, næsten øjeblikkelig indtrædende, til Dels meget betydelig Bedring; men denne gav næsten altid efter forskellig lang Tids Forløb Plads for en Forværrelse, der hyppigt faldt sammen med Menstruationsblødningen. Kun i 1 Tilfælde, og det et, hvor SCHAUTA havde gjort Salpingotomi i Åternarkose, men uden Virkning på Osteomalacien (og uden at der kom Menopavse), syntes Helbredelsen efter 3 Klo-roformnarkoser at være varig. Forf. mener dog ikke,

<sup>1)</sup> Et Tilf., der meddeles af BEAUCAMP (Aachen): *Recidiv von Osteomalakie nach Porro* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 6, S. 155—59) viser Recidiv efter 2 Års meget betydelig Bedring, tilsyneladende Helbredelse. Her skaffedes stor Lindring ved Brugen af Kloral ligesom i et andet Tilfælde, B. meddeler, og som er behandlet af FRANK i Köln; den ved Brugen af Kloral i Svangerskabet opåede Bedring var i højeste Grad frapperende.



at Osteomalaci bör behandles med Kloroformnarkose; han ser i Fosforet et sikkert Middel mod Lidelsen. I övrigt kan det anføres, at LATZKO hävder, at Osteomalacien slet ikke sjældent ses i Wien. På Naturforskerforsamlingen dersteds i Septb. 1894 omtalte han i et Foredrag: *Ueber Osteomalakie* (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 42, S. 1034—36; N:r 43, S. 1058—59), at han i Löbet af 3½ År havde set 50 Tilfælde, et Tal, hvis Rigtighed blev stærkt bestridt af CHROBAK og R. V. BRAUN; men da han demonstrerede 16 af sine Tilfælde, måtte KEHRER indrømme, at de 13 virkelig havde Osteomalaci, og de 3 havde måske haft det, men vare i så Fald helbredede. — Hvad Spørgsmålet om Osteomalaciens bakterielle Oprindelse angår, har LÖHLEIN anstillet herhen hørende Undersøgelser: *Zur Frage von der Entstehung der puerperalen Osteomalakie* (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 1, S. 1—3), idet han ved et Porrosk Kejsersnit for Osteomalaci exciderede et lille Stykke af crista ilii og lagde det i en Petrisk Skål med Ködvandspeptonglycerinagar. Ved Dyrkning heri kom der aldeles ingen Væxt. Heller ikke i Pat.'s Ovarier fandtes Mikroorganismer ved den mikroskopiske Undersøgelse.

M. H. t. Totalexstirpation af uterus for maligne Nydannelser er der ikke fremkommet meget nyt. Vi skulle begynde med at referere nogle Meddelelser om de herved vundne Resultater, således A. BUECHELER (Halle): *R. Kaltenbachs Ergebnisse der vaginalen Total-exstirpation mit Peritonealnaht* (Z. f. G. u. G. 30.2, S. 365—401). Som bekendt var KALTENBACH en af de Operatører, der havde de smukkeste Resultater af den vaginale Totalexstirpation af den kankröse uterus. Af 153 døde kun 6; alle Dödsfald indtraf blandt de 134 for cancer colli eller cervicis opererede; af de 15 for cancer corporis og de 4 for sarcoma uteri opererede døde ingen. Hos 7 opstod Läsion af vesica (i Regelen let helet), hos 7 af ureteres. Hvad de endelige Resultater angår, da ere 79 med cancer cervicis eller colli opererede for mere end 3 År siden; af disse fragå 3 som døde af Operationen, om en Del (16 eller 17?) mangle senere Efterretninger; men 13 ere sikkert endnu recidivfri, deraf 7 over 5 År. Om 3 vides, at de vare recidivfri i over 3 År, men senere ere døde af en interkurrent Lidelse. Og herved må bemærkes, at K. som bekendt opererede i ethvert Tilfælde, hvor Operationen overhovedet kunde gennemføres. Af Patienter med cancer corporis ere 9 opererede for mindst 3 År siden; men om disse ere Efterretningerne meget mangelfulde; dog synes Prognosen her som sædvanlig at have været god. Forf. beskriver nærmere den af K. anvendte Teknik og mener at burde tilskrive denne, særlig Tillukningen af Peritonæalsåret, stor Andel i det gode Resultat. — HOLMOGOROFF har meddelt Resultatet af 35 vaginale Totalexstirpationer, udførte i Moskvas Födselstiftelse fra Marts 1888 til Oktb. 1893: *Die vaginale Total-exstirpation des Uterus* (Volk. klin. Vortr. N. F. N:r 108). 1 Gang opereredes ved fibromyomata uteri, 25 Gg. ved cancer colli, 1 Gg. cancer corporis, 1 Gg. adeno-carcinoma corporis, 4 Gg. malignt Adenom, 3 Gg. sarcoma cervicis. Der opereredes kun ved fri Bevægelighed af uterus. 2 Gange läderedes vesica; den ene Gang holdt der sig en Vesikovaginalfistel, det andet Tilfælde

helede spontant. Der foretoges ikke Tillukning af Åbningen i Bunden af vagina. Af de 35 døde kun 1, og det var 24:de Dag p. o.; Pat. havde phlebitis v. saphenae og døde pludseligt. Om dem, der overlevede Operationen, haves kun mangelfulde Efterretninger. 7 vides at have fået Recidiv, og 5 vare recidivfri 5 Mdr. p. o. End videre vare 2 med cancer colli og 1 med malignt Adenom recidivfri omtr. 1 År p. o., 1 med adeno-carcinoma eorporis 3 År og 2 med cancer colli 4 År p. o.

Der er som sædvanlig fremkommet en Del Forslag om Modifikationer af de tekniske Detaljer, af hvilke vi skulle omtale enkelte, således først et Forslag af SCHUCHARDT (Stettin): *Ueber Hysterectomia perineo-vaginalis* (Z. f. G. u. G. 28.2, S. 405—20). For at få bedre Plads og for at kunne fjærne mere af lig. latum end ved den sædvanlige vaginale Totalexstirpation benytter S. et Hjalpesnit, idet han spalter vagina til den ene Side i hele dens Længde og fortsætter dette Snit hen i perinæum buetformet 2 Fingersbredder til Siden for anus. Levator ani incideres ikke. Efter endt Operation lukkes Vaginalsåret ved Knudesuturer, ligeså Perinæalsåret, kun at her bagtil lades Åbning tilbage for et langt Dränrör. Ved Diskussionen om denne Meddelelse i Berl. Gesellsch. f. Geburtsh. udtalte flere Talere sig anerkendende om Metoden; men de protesterede mod, at man vilde benytte den til at udvide Området for Totalexstirpationen; denne har kun Berettigelse som Radikaloperation, og dette ophører den at være, når Nydannelsen strækker sig udenfor uterus. I Diskussionen roste BRÖSE meget den af VEIT angivne Modifikation af FREUNDS Operation, hvor man først per laparotomiam lösner uterus lige til Vaginaltilhæftningen, event. fjærner det forstörrede corpus uteri, Svulster eller lign., der kunde hindre Fjærnelsen af uterus per vaginam, så lukker Bugsåret og til sidst fra vagina exstirperer uterus. Man undgår ved denne Fremgangsmåde, at den kankröse, ulcererede cervix föres op gennem Peritonæalhulen, og det er i dette Moment, B. mener, at Hovedfaren ved FREUNDS Operation ligger. En ganske lignende Metode som SCHUCHARDTs anbefales også af THELEN (Elberfeld): *Ein Beitrag zur vaginalen Uterusexstirpation* (Centralbl. f. Gyn. 1894, N:r 4, S. 86—88), kun at denne også gennemskærer levator ani. Han anbefaler Metoden ved snæver vagina og fixeret uterus. I en noget anden Retning går den Teknik, der foreslås af MACKENRODT (Berlin): *Beitrag zur Verbesserung der Dauerresultate der Totalexstirpation bei Carcinoma uteri* (Z. f. G. u. G. 29, S. 157—70). Da en væsentlig Årsag til de hyppige Recidiver efter Totalexstirpation af uterus må söges i, at vi ikke få anlagt vore Ligaturer tilstrækkelig langt ud til Siden for uterus, har Forf. sögt en Forbedring i denne Henseende. Han söger nu at vise, at man kan gå meget vidt i Retning af at lösne Blären fra uterus og ligg. lata, og gör man dette og skyder den bort herfra, fölge ureteres også med i en sådan Grad, at der bliver et 4 Ctm. bredt Stykke Ligament frit på hver Side af uterus. Regner man nu, at der går 1—1.5 Ctm. til Ligatur og Stumpdannelse, kunne vi altså fjærne 2.5—3 Ctm. Ligament i Sammenhæng med uterus. Lösningen af Blären kan ske både nedenfra og fra oven; Forf. råder dog til kun ved meget gunstige Rummelig-



hedsforhold at vælge den vaginale Vej. Både i dette Tilfælde, og hvis man foretrækker at operere per laparotomiam, begynder man per vaginam med at lægge et eirkulært Snit om collum, hvorved man danner så store Lapper, at disse kunne sys hen over Vaginalportionen (for at beskytte mod Kontaktinfektion), og derpå åbnes fossa Dougl. M. H. t. de tekniske Detaljer må i øvrigt henvises til Originalafhandlingen og de denne ledsagende Afbildninger.

En særlig Plads i Uterinexstirpationens Teknik indtager den sakrale Metode, der dog stadig synes at have vanskeligt ved ret at finde Indpas. Den omtales i en lang Artikel af JUL. HOCHENEGG (Wien): *Die sacrale Methode der Uterus-Exstirpation* (Wien, kl. W. 1893. N:r 41, S. 740—42; N:r 42, S. 755—57; N:r 45, S. 812—14; N:r 48, S. 864—69). I det H. søger at forsvare Metoden og at hævde Prioriteten for sig ved Siden af HERZFELD m. H. t. denne Operation, har han fra Literaturen samlet 73 Tilfælde af denne, hvortil han føjer 25 egne, alle 98 ved eareinoma uteri. Af disse 98 døde 18; af H.'s egne 25 døde 3. Han har end videre i 2 Tilfælde måttet opgive Operationen, da Exstirpationen af uterus viste sig umulig; bage disse to overstod Indgrebet. H. giver udførlige Oplysninger om de tekniske Detaljer, af hvilke her blot skal fremhæves, at han som Regel nøjes med Fjernelse af os coceygis. Han anvender ingen præparatorisk Udskrabning af den kankrøse Nydannelse. Forf. udtaler sin Forbavelse over, at Metoden ikke har fundet større Udbredelse og mener, den også bør anvendes ved de lettere Tilfælde. HERZFELD fik i Anledning af en Meddelelse af V. ERLACH om et Par Tilfælde af sakral Uterusexstirpation i Wiener geburtst.-gynäkol. Gesellseh. (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 37, S. 903—4) Lejlighed til at meddele Resultaterne med denne Operation på SCHAUTAS Klinik. De havde 15 Tilfælde; af disse vare 4 kun Forsøgsoperationer, i det Nydannelsen strakte sig ud over uteri Grænser, og alle 4 døde. H. ser heri et Bevis for, at Området for Totalexstirpation i og for sig ikke udvides ved den sakrale Operation. Af de øvrige 11 døde kun 1, idet en pyosalpinx med streptokokholdigt Indhold bristede under Operationen. H. vil drænere per vaginam og så vidt muligt lukke det bageste Sår.

Hvad tekniske Detaljer ved den vaginale Totalexstirpation angår, kan endnu anføres følgende. Vi refererede i forrige Literaturoversigt (S. 264) en Meddelelse af SCHÖNHEIMER, hvori denne beskrev Opståen af et Pseudo-Recidiv efter Fjernelse af den kankrøse uterus, idet Slinnhinden af den i Bunden af vagina fixerede tuba ektropionerede og skød polypagtig frem. En ganske lignende Iagttagelse er gjort af OCTAVE PASTEAU (LEJARS Klin., Paris): *Complication post-opératoire de l'hystérectomie vaginale totale. Polype muqueux de la trompe utérine* (Ann. de gyn. Oetb. 1894, S. 261—68). 7 Måneder efter Fjernelse af den myomatøse uterus per vaginam præsenterede Pat. sig med en rødlig, polypøs, vædskende lille Svulst i Arret i Bunden af vagina. Den fjærnedes og viste sig dannet af den hypertrofiske Tubarslimhinde. P. tilråder derfor ved Operationen så vidt muligt at tage tubae bort med.

Ved Siden af cancer uteri har også Sarkomet tiltrukket sig en voxende Interesse. Vi have tidligere i denne Oversigt omtalt en Afhandling af V. KAHLDEN om sarcoma uteri. Et andet Arbejde herom er af J. WHITRIDGE WILLIAMS (CHIRARIS Instit., Prag): *Beitraege zur Histologie und Histogenese des Uterus-Sarcoms* (Z. f. Heilkd. XV. 2—3, S. 141—84). Forf. giver i denne Afhandling en udførlig og klar Oversigt over de anatomiske Forhold vedrørende Uterinsarkomerne og kommer bl. a. særlig ind på Spørgsmålet om disses Forhold til Fibromyomerne. Et sarcoma endometrii kan voxe ind i et Fibromyom; men kun yderst sjældent er det bevist, at et sådant er omdannet til Sarkom; og det eneste Exempel på, at det i så Fald er selve Muskelvævet, hvorfra Nydannelsen er udgået, mener han, er det af ham undersøgte og udførlig beskrevne Tilfælde. En sådan sarkomagtig, ved Degeneration af et Myom fremgået Svulst vil han kalde »myoma sarcomatodes» og ikke Myo-Sarkom, der betyder en Blandingssvulst af Myom og Sarkom. Forf. beskriver også et Tilfælde af Melanosarkom i uterus.

Om Sarkom af Ovariet findes en interessant Meddelelse fra L. LANDAUS Klin., Berlin, af L. PICK: *Zur Symptomatologie und Prognose der Sarkome des Eierstocks* (Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr 39, S. 940—46) i Anledning af 2 Tilfælde af ensidigt Rundeellesarkom af Ovariet hos 2 unge Piger på henholdsvis 16 og 18 År, hvor Fjernelse af Svulsten bragte radikal Helbredelse. Ved at samle andre Tilfælde fra Literaturen kommer Forf. til følgende Resultater. Alle Arter Ovarialsarkomer give en dårlig Prognose, når de ere dobbeltsidige, en oftest god, når de ere enkeltsidege. Rundeellesarkomet optræder hyppigst dobbeltsidigt; er det enkeltsidegt, har det ikke en dårligere Prognose end det ensidige Teneellesarkom. Hos yngre træffes hyppigst Rundeellesarkomet, der også er sjældent hos ældre.

Endnu skulle vi omtale et Par lærerige Afhandlinger om Tuberkulose af Ovariet og af tubae. Det første Spørgsmål er blevet behandlet af A. GUILLEMAIN (Paris): *La tuberculose de l'ovaire* (Revue de chir. 1894, S. 981—1012). I Anledning af et af TERRIER opereret, af CORNIL nærmere undersøgt Tilfælde har Forf. samlet, hvad han har kunnet finde i Literaturen om Tuberkulose af selve Ovariet, en Lidelse, hvis sjældne Forekomst bedst illustreres ved den Omstændighed, at det foreliggende Tilfælde er det første af denne Art, CORNIL har haft Lejlighed til at undersøge. Forf. har samlet 40 Tilfælde, hvor Diagnosen kun er stillet makroskopisk, 13 Tilfælde med mikroskopisk Undersøgelse, endelig 6 Tilfælde af Tuberkulose af Ovariekyster. — Tuberkulose af tubae er undersøgt af PENROSE og BEYEA (Philadelphia): *Tuberculosis of the Fallopian tubes* (Amer. j. of med. sc. Novb. 1894, S. 520—39). Forf. have uden Udvalg i 25 Tilfælde undersøgt tubae, exstirperede for salpingitis, og have i 5 af Tilfældene fundet Tuberkulose. 3 Gange var det først den mikroskopiske Undersøgelse, der oplyste om Tilfældets Natur, de 2 Gange blev denne klar strax efter Underlivets Åbning, da der fandtes tuberculosis peritonaei. I intet af Tilfældene, af hvilke 3 synes primære, var Diagnosen stillet forud. Undersøgelsesresultatet af tubae meddeles ndførligt og med oplysende Billeder.

Medens vi tidligere have omtalt Kastration for Fibromyomer og Osteomalaci, skulle vi nu betragte Operationer på adnexa for Lidelser i selve disse og skulle da først et Øjeblik dvæle ved de såkaldte konservative Operationer, Forsøgene på at bevare Ovarierne eller Dele heraf, eller at gøre de tillukkede tubae passable o. s. v. En Afhandling af GOULLOUD (Lyon): *Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite* (Ann. de gyn. Novb. 1894, S. 354—71), hvor der meddeles en Del Tilfælde af Svangerskab efter konservative Operationer på adnexa, er ikke aldeles overbevisende, da en stor Del af Indgrebene (Udtømmelser af pus o. s. v.) ere foretagne per vaginam, uden at der er vundet absolut Sikkerhed for, at Lidelsen som formodet virkelig sad i tubae, og da det, hvor Indgrebet er sket per laparotomiam, udtrykkelig fremhæves, at de tilbageladte adnexa vare sunde. Det samme gælder en Meddelelse af A. BÉTRIX (Genève): *Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire, pyohématosalpinx à droite, hydrosalpinx à gauche* (smst. mai—juin 1894, S. 577—80). Titelen giver Indholdet, men viser tillige, at der ikke haves Sikkerhed for, at de udtømte Vædsker virkelig have været ansamlede i tubae. Af større Betydning i denne Henseende — fordi de ere utvivlsomme — ere nogle Meddelelser, fremkomne i Berl. Gesellsch. f. Geburtsh. MACKENRODT (Z. f. G. u. G. 31.1, S. 210) har således meddelt et Tilfælde, hvor han ved Laparotomi hos en 34-årig Kone fandt bægge tubae omdannede til lukkede Hydrosalpinxsække. Uterus retroflekeret, fixeret. Uterus løsnes. På bægge tubae dannes et kunstigt orificium abdom. og Indholdet udtømmes. Ventrofixatio uteri. 1 År p. o. bliver Pat. gravid. MATTHÄI (OLSHAUSENS Klinik, Berlin): *Ueber Ovarialresektion* (smst. S. 212 og 31.2, S. 430—32) meddelte 6 Tilfælde af Fjærnelse af det ene til en større Kyste omdannede ovarium og Resektion af det andet. Den ene af disse 6 Patt. forblev ugift; hun vedblev at være menstrueret. Hos de 5 øvrige kom der efter Operationen Graviditet, der hos 1 endnu bestod i 6te Måned, medens de 4 andre havde født. I Diskussionen sluttede MARTIN og VEIT sig til den anbefalede Fremgangsmåde, V. dog kun hos unge Individuer; bægge udtalte sig mod den af POZZI anbefalede Ignipunktur af Ovariet, der forsvaredes af DÜHRSEN. En af Farerne ved den anbefalede Fremgangsmåde ses dog af følgende Meddelelse af STEFFECK (Berlin): *Carcinoma ovarii* (Z. f. G. u. G. 28.1, S. 147—48). Ved en Laparotomi hos en 26-årig Pat. fjærnede han en barnehovedstor Ovariekyste. Da denue nogle Steder havde et malignt Udseende, borttog han også det andet, tilsyneladende sunde ovarium. Ved mikroskopisk Undersøgelse fandtes det helt igennem kankrøst degenereret.

Angående den i forrige Literaturoversigt S. 268 og flg. omtalte, på SCHAUTAS Klinik i Wien anvendte mikroskopiske Undersøgelse af pus på Bakterier ved Adnexoperationer, giver WERTHEIM udførligere Oplysninger herom: *Ueber die Durchfuhrbarkeit und den Werth der mikroskopischen Untersuchung des Eiters entzündlicher Adnextumoren während der Laparotomie* (Volkm. klin. Vortr. N. F. Nr 100). Det, der skal afgøres, er, om man bør drænere (med Gaze) eller ej.

I det store Flertal af Tilfælde, hvor pus er sterilt eller indeholder Gonokokker, behöves det ikke og bör derfor undlades. Men er der Stafylo- eller Streptokokker, skal man dränere. De andre, sjældnere Bakterierformer kan man se bort fra, praktisk talt drejer det sig kun om Spørgsmålet: Hvilken af de 3 nämte Former af Kokker eller slet ingen Bakterier? Dette Spørgsmål kan en velövet Undersøger som Regel sikkert besvare ved Mikroskopets Hjälp, og Tid til Undersögelse er der nok af under Operationen. Giver Undersögelsen et tvivlsomt Resultat, skal man naturligvis dränere, som om der var påvist Stafylo- eller Streptokokker. En praktisk talt tilsvarende Fremgångsmåde tilrådes af HARTMANN og MORAX (Paris), der meddele Resultaterne af deres bakteriologiske Undersögelser fra 70 Tilfælde af Salpingit, hydrosalpinx og haematocele (Union méd. 1894. I. N:r 62, S. 744—47). Gonokokker fandtes kun 12 Gange, deraf 11 Gange i Renkultur, 1 Gang sammen med baet. coli. Hos 4 fandtes Strepto-, hos 2 Pnemocokker, i de övriga Tilfælde var pus sterilt. I alle Tilfælde af Absces i lig. latum fandtes derimod Streptokokker. De tilråde derfor, som deres Chef TERRIER, altid efter Laparotomi for suppurativ Adnexlidelse at indlägge Dränrör; hvis den bakteriologiske Undersögelse viser, at pus er sterilt, fjärnes Dränet efter 48 Timers Forlöp. Af 70 således behandlede er kun 1 död. QUÉNU har undersögt 7 Tilfælde, 6 sterile, 1 Stafylokocker. Også Q. dräner og har 40 Tilf. med 1 död. LUCAS CHAMPIONNIÈRE tror ikke, at disse Undersögelser have mere end teoretisk Betydning; han dräner aldrig og har med 260 Tilf. kun en Mortalitet af 2.5 %. TERRIER og SÉGOND forsvare Dränagen, bl. a. fordi ved Adhärensens Lösning ofte Tarmväggene läderes, hvortil CHAMPIONNIÈRE svarer, at så er det jo ikke Pussets Natur, der her spiller nogen Rolle. Han og QUÉNU holdt på at give Afföringsmidler efter en Laparotomi, medens DELORME forsvarede den konstiperende Behandling.

Den franske Måde at angribe de suppurative Adnexlidelser på, ved Operation per vaginam med Opofrelse af uterus (castration utérine) har begyndt at bane sig Vej til Tyskland. Den forsvares således for visse Tilfælde af LEOPOLD LANDAU (Berlin): *Ueber die Heilung der Beckenabscesse des Weibes, mit besonderer Berücksichtigung der vaginalen Radicaloperation* (Berl. kl. W. 1894, N:r 22, S. 507—10; N:r 23, S. 541—43; N:r 24, S. 561—66 og udförligere A. f. G. 46.3, S. 397—483.) Efter nogle almindelige Bemærkninger om Bäckensuppurationer og disses Behandling ved simpel Incision per vaginam og ved Laparotomi (hvorved Forf. bl. a. omtaler sin herved meget gunstige Operationsstatistik) samt en Fremstilling af de Årsager, der bevirke, at de senere Resultater af sidstnævnte Operation ofte lade meget tilbage at önske, går Forf. over til sit egentlige Tema, Behandlingen af disse Lidelser per vaginam med präliminär Fjärnelse af uterus. Endnu har han dog ikke benyttet denne Operationsmetode uden som Undtagelse ved komplicerede Bäckensabscesser, d. v. s. Tilfælde, hvor der foruden en pyosalpinx eller Ovarialabsces tillige fandtes perisalpingitiske eller periovarielle eller i det hele taget multiple, indbyrdes adskilte intra- og subperitonäale Abscesser, hvis Behandling

med simpel Incision per vaginam eller med Laparotomi på Forhånd sikkert syntes ikke at kunne føre til noget Resultat eller at være for farlig. Han refererer 33 således behandlede Tilfælde; hos 7 af disse fandtes ikke pus, men Adhærencer og lign. Så godt som alle havde frugtesløst været i mangeårig Behandling for deres Lidelser. Alle kom sig; om det senere Resultat er det endnu for tidligt at dømme. Teknikken omtales ikke nærmere; kun siger Forf., at Operationen ofte er vanskelig. I Diskussionen om dette Foredrag i Berl. med. Gesellsch. (D. med. W. 1894, N:r 24. Vereins-Beil., S. 43—45) udtalte særlig VEIT og MACKENRODT sig meget skarpt mod Metoden og hævdede Laparotomiens Overlegenhed; men noget nyt af Betydning for Spørgsmålet fremkom ikke. Særlig M. omtalte Metodens Farlighed og henviste til, at L. i 3 Tilfælde havde fået Læsion af Tarm eller vesica. — Helt forskellig fra denne Operationsmetode er den af A. DÜHRSEN (Berlin) foreslåede, såkaldte vaginale Laparotomi: *Ueber eine neue Methode der Laparotomie, vaginale Coeliotomie* (Berl. kl. W. 1894. N:r 29, S. 673—75; N:r 30, S. 695—98 og 700—1). Forf. åbner Bughulen gennem lacunar ant. og bringer gennem denne Åbning fundus uteri og adnexa ned i vagina og ud foran vulva. Metoden er kun anvendelig, hvor collum lader sig trække helt ned til vulva, og den synes at have et temmelig begrænset Område. Forf. benytter den især til Vaginofixation ved Retrodeviation af uterus og til Eukleation af små Myomer.

Vi føres herved lige over til Vaginofixationen og den øvrige operative Behandling af Retrodeviationer og Prolaps. Dette er et Kapitel, som dog skal affærdiges i stor Korthed, da vi hverken ville referere de Prioritetsstridigheder, som i denne Henseende ere ud-kæmpede mellem DÜHRSEN og MACKENRODT, ej heller komme ind på tekniske Detaljer. Vi skulle først omtale en Artikel af DÜHRSEN (Berlin): *Ueber die operative Heilung der mobilen und fixirten Retroflexio uteri auf vaginalem Wege an der Hand von 207 eigenen Operationsfällen, mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge* (A. f. Gyn. 47.2, S. 284—448). I denne lange Afhandling meddeler Forf. først alle sine Sygehistorier en for en, giver så en historisk Fremstilling af den gradvise Udvikling af Operationens Teknik og går endelig ind på Enkeltheder, som Recidiver, Svangerskab og Fødsel efter Operationen, Menstruationens Forhold o. s. v. Af den vidløftige, for største Delen af Gentagelser af andensteds af Forf. fremkomne Udtalelser bestående Afhandling skal her kun fremhæves følgende. Forf. vil nu som Regel åbne peritonæum i plica vesico-uterina, trække fundus ned heri og sy den fast. Men er der Adhærencer, foretager han, hvad han kalder vaginal Coeliotomi (s. o.), han trækker fundus og om muligt også adnexa ned i vagina foran vulva, løsner med Paquelin Adhærencerne, exstirperer eventuelt adnexa eller fjærner Fibromyomer (i 3 Tilfælde), reponerer, og fixerer så til sidst fundus. I et stort Antal Tilfælde er der kommet Graviditet hurtig efter Operationen, som Regel efterfulgt af normalt Svangerskab og Fødsel, sjældnere af Abort. Efter Fødselen er der imidlertid stor Tilbøjelighed til Recidiv af Retrodeviationen, så Forf. ofte lader Pat. bære pessarium den første Tid

efter Födselen. Indieeret anser Forf. Indgrebet ved så godt som alle Tilfælde af Retrodeviation. Han foretager stedse med det samme Udskrabning af uterus, ofte også kileformede Exeisioner af collum, kolporrhaphia ant. et post. o. s. v. — MACKENRODT'S Fremstilling af den af ham anvendte Teknik findes i en Afhandling: *Die Technik der Vagino-fixation in Beziehung zu den Resultaten derselben* (Berl. kl. W. 1894. N:r 31, S. 713—15; N:r 32, S. 734—42). Han lægger stor Vægt på, at excavatio vesico-uterina oblitereres ved Operationen; men i øvrigt må, hvad Enkeltheder angår, henvises til selve Afhandlingen. De af M. her fremsatte Principper følges af KÜSTNER (Breslau): *Die Principien der Prolapsbehandlung* (D. med. W. 1894. N:r 19, S. 414—17), der udtaler sig særdeles tilfreds med de ved den MACKENRODT'ske Vagino-fixation, (med en Teknik, der i alt væsentligt stemmer overens med M.'s nyeste Modifikation) opnåede Resultater ved Retrodeviationer af uterus. Også E. FRAENKEL (Breslau): *Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationen des Uterus gerichteten Operationen* (smst., S. 420—22) har opnået meget gunstige Resultater med denne Metode.

Om Ventrofixationen er der ikke fremkommet noget nyt af Betydning, og vi skulle nøjes med at omtale et Indlæg af A. CZEMPIN (Berlin) til Fordel for den ekstraperitonæale Metode: *Eine neue Operationsmethode der Retroflexio uteri (Ventrofixation des Uterus ohne Eröffnung der Bauchhöhle)* (D. m. W. 1894. N:r 21, S. 457—59). Af de forskellige Metoder for operativ Behandling af retrodeviationes uteri har Ventrofixationen givet Forf. de bedste Resultater. For at gøre den mindre farlig har han undladt at åbne peritonæum, en Metode, der allerede var anbefalet tidligere, men ikke var trængt igennem. Han retter uterus op med Sonden, lægger Pat. i Trendelenburgs Leje, gør et 4—4.5 Ctm. langt Hudsnit kun 1 Ctm. fra Bækkenranden og tränger ind til peritonæum. I det fundus uteri med Sonden tvinges fortil, vige Tarmene til Side, og han lægger nu 2 Suturer gennem Bugvæg og fundus. Disse Suturer gå dog ikke lige på tværs, men skråt, så at de krydses på det højeste Punkt af fundus, og de forenes således, at, når Bugsåret er lukket, trækkes de stramt an, og de to ikke sauhørende Ender på hver Side af Midtlinien knyttes sammen. De udtages 10de Dag sammen med de øvrige Suturer. Forf. har benyttet Metoden i 11 Tilfælde og er meget tilfreds med den. I Diskussionen om dette Foredrag (Z. f. G. u. G. 30.2, S. 525—52) udtalte næsten alle Talere sig mod CZEMPIN'S Metode; kun WITTE støttede C.; men det var ingen værdifuld Støtte, da han måtte meddele, at han i 1 Tilfælde havde fået Tarm ind med i Suturerne, og Pat. var død.

De her omtalte Operationer benyttes jo også mod prolapsus uteri et vaginae. Mod denne Lidelse hos gamle Koner har imidlertid HERRMAN W. FREUND (Strassburg) angivet en meget lettere og simple Metode: *Eine neue Prolapsoperation* (Centralbl. f. Gyn. 1893, N:r 47, S. 1081—85), og selv om JUSTUS SCHRAMM (Dresden): *Bemerkungen zur neuen Prolapsoperation nach H. W. Freund* (smst. 1894. N:r 45, S. 1121—23) muligvis har Ret i, at Metoden allerede har været angiven 1835 af BELLINI i Firenze og kun er forbedret af



FREUND, så må denne dog siges at have Ären for dens Indførelse i Praxis. Metoden består i, at man lader cirkulære Sölvsuturer indhele i Væggen af vagina. Først lægges en sådan nærved Overgangen til Vaginalportionen, idet en krummet Nål føres rundt i det submuköse Væv og man stadig passer, når man har måttet føre Nålen ud, da at stikke den ind igen i samme Hul, hvor man har stukket den ud. Er man kommen rundt, trykkes Vaginalportionen lidt opad, og derpå snøres Sölvtråden stærkt til, dog ikke stærkere, end at der er frit Udflod for Sekretet fra uterus. Herved forsvinder portio, og Fremfaldet formindskes allerede noget. Det samme gentages nu 2 til 3 Gange med 1 til 2 Fingersbredders Mellemrum, og til sidst lægges en ringformet Suture ved Hymenalgrænsen. Operationen er næsten ublodig, kortvarig og kan foretages under Kokainanæstesi, kræver heller intet længere Sængeleje. Men, som anført, er den kun anvendelig hos gamle Kvinder. Foruden Forf.'s egne Tilfælde og 1 Tilfælde af SCHRAMM (p. a. St.) findes der spredt i Literaturen meddelt flere heldige Operationer efter denne Metode.

I Berl. medic. Gesellsch. har OLSHAUSEN indledet en Diskussion om Behandlingen af endometritis: *Ueber intrauterine Behandlung vorzugsweise mittelst der Curette* (Berl. kl. W. 1894. Nr. 50, S. 1123—27 og Deutsche med. W. 1894. Vereinsbeil. S. 131—32 og 137—38). Han fremhævede først, at Hovedfaren ved enhver intrauterin Behandling, sepsis, vel var bleven væsentlig formindsket ved den antiseptiske Metode, men ikke helt fjærnet, da vagina næppe kan gøres helt aseptisk. Forf. omtalte dernæst Færene ved Sondering, intrauterine Udskylninger og Injektion af medikamentelle Vædske, samt ved Dilatation af uterus. Til sidstnævnte Brug bør kun sjældent anvendes Dilatatorier, lige så lidt som Incision af orificium og Cervikalkanalen. I Flertallet af Tilfælde er kun Brugen af Laminaria og Udvidning ved Jodoformgaze praktisk. Men selv ved sidstnævnte Metode kan der komme sepsis, hvad Tal. havde set i 4 Tilfælde. Den vigtigste og mest nyttebringende intrauterine Behandling er curettement af Hulheden; men det ndføres altfor ofte. Bortset fra Abort, gives der kun 2 Indikationer for curettement: en Udskrabning i diagnostisk Öjemed og et kurativt curettement for at fjærne godartede Fungositeter. Curettement af Cervikalkanalen eller i det hele ved katarralsk endometritis er ikke indiceret. Ved curettement klæber i ringe Grad Faren for Perforation af Uterinvæggen; den bliver af alvorlig Betydning, når Uheldet ikke opdages og man opererer videre. Puerperale uteri fra Svangerskabets sidste Halvdel skal man ikke curettere. Det benyttede Instrument må ikke være af hårdet Stål, men böjeligt; fremfor alt må man operere med blød Hånd, samtidig bruge Instrumentet som Sonde. Dette kræver Övelse, derfor bør ikke enhver Læge foretage Udskrabning; ved manglende Övelse er Faren stor. For at Udskrabningen skal give et godt Resultat, kræves en passende Efterbehandling. — I Diskussionen forsvarede A. MARTIN den stive curette (ROUX's). Han vil, modsat OLSHAUSEN, ved Udskrabning altid fixere uterus. FALK advarede imod enhver intrauterin Polypragmasi og især mod intrauterine Indsprøjtninger. Indførelse af Vædske på Vat, viklet om

den PLAYFAIRske eller SÄNGERSKE (amerikanske) Sonde er vel ufarlig, men nyttig, da al Vædsken trykkes ud ved Passage gennem orif. int. Bedre skulde de af Tal. tilrådede Antroforer være. L. LANDAU anså ROUX's curette for det allerfarligste Instrument. Hovedfaren ved Indbringelse af faste eller flydende Medikamenter i uterus ligger i Muligheden af Fremkaldelsen af antiperistaltiske Bevægelser, der give Anledning til, at muligvis i tubæ tilstedeværende virulente Stoffer drives ud i Peritonæalhulen. Vædsker, således det særdeles farlige liq. ferri, kunne også trænge ind i Venerne. Kun når han kan indføre Fingereu i Uterus og altså er vis på, at der er let og frit Afløb, samt når han er overbevist om, at der ikke i tubæ findes skadeligt Indhold, foretager Tal. intrauterine Injektioner. Den bedste Udvidningsmetode er den med Jodoformgaze, som Tal. allerede har anbefalet for 10 År siden. DÜHRSEN anbefalede også denne varmt, særlig ved Abortrester. Han er mindre angstelig for Udskrabning end de foregående Talere, men advarer dog stærkt mod dens Udførelse af uøvede eller ambulatorisk. Til Åtsning af Uterinhulen bruger han Playfairs Sonde med Bomuld dyppet i Vædsken og mener, modsat FALK, hermed stedse at nå op i Uterinhulen, når cervix er dilateret ved den foregående intrauterine Udskylning. Også BRÖSE forkaster de intrauterine Injektioner med BRAUNS Sprøjte og er enig med DÜHRSEN i, at Vædsken godt kan føres op i Uterinhulen med PLAYFAIRs Sonde. Han er derimod uenig med D. i dennes Anbefaling af curettement også ved katarrale endometritis; ved denne er det desuden i Regelen kun Partiet under orif. int., der er lidende. Til intensiv Åtsning efter Udskrabning bruger B. Galvanokavteriet. CZEMPIN var i alt væsentligt enig med BRÖSE og fremhævede, som de foregående Talere, den store Fare, den intrauterine Behandling frembyder ved Adnæxidliser. VEIT (Berlin) udtalte, at man vist var gået for vidt i Fordømmelsen af de intrauterine Injektioner med Jodtinktur, som f. Ex. SCHRÖDER stedse benyttede. I sine Slutningsbemærkninger indrømmede OLSHAUSEN, at man ikke helt kunde forkaste disse Indsprøjtninger. Han var med BRÖSE enig i, at de fleste Uterinkatarrer ere Cervikalkatarrer og derfor ikke indicere curettement. Dette er derimod indiceret ved dysmen. membran. — Til et ganske modsat Resultat angående Hyppighedsforholdet af endom. cervicalis og endom. corporis ere CATHARINE VAN TUSSENBROEK og MENDES DE LEON komne ved mikroskopiske Undersøgelser af den udskrabede Uteruslimhinde: *Zur Pathologie der Uterus-Mucosa* (A. f. Gyn. 47.3, S. 497—559). De dele efter DOLÉRIS's Exempel Lidelserne af Uteruslimhinden i endometritis og pseudo-endometritis. Ved førstnævnte, der uärmest svarer til den katarrale e., findes Leukocyter, oprindelig isprængt de normale Vævs Bestanddele, senere fortrængende disse. Pseudoe. svarer til e. hyperplastica og atrophica mucosae uteri; det karakteristiske her skal være Karforandringer, der dels føre til Hyperplasi af stroma og Glandler, dels til Atrofi. Endometritis corporis have de fundet langt hyppigere end e. cervicis. Deres Behandling består (poliklinisk) i Åtsning med Vædsker, der indbruges ved PLAYFAIRs Sonde, eller (klinisk) i Udskrabning med efterfølgende langvarig Efterbehandling med Åtsning med



Jodtinktur eller (hyppigere) 50pet. Klorzinkopløsning. — Et andet Middel til intrauterin Applikation særlig som hæmostaticum anbefaler Labadie-Lagrave, nemlig Antipyrin, der anvendes på følgende Måde (E. BRALANT: Thèse de Paris 1894. Ref. Sem. méd. 1894. N:r 70, S. 572). I et Reagensglas blandes lige Dele Antipyrin og Salol, til  $\frac{1}{3}$  af Glasset er fyldt. Varmes det nu over en Spirituslampe, smelter Stoffet, og vedbliver man med Opvarmningen, til Væsken har en brunlig Farve, holder den sig flydende. Den pensles nu på sædvanlig Måde op i Uterinhulen. Virkningen skal være meget hurtig og sikker; om fornødent, kan Penslingen gentages efter nogle Dages Forløb. — Hvad det ovenfor også berørte Spørgsmål om kunstig Udvidning af Cervikalkanalen angår, da skulle vi ikke dvæle ved nogle Forslag til dennes Gennemførelse ad operativ Vej af VULLIET (Genève): *Ueber die Erweiterung von Verengungen des Collum uteri auf plastischem Wege* (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 3, S. 57—61) og af BORYSSOWICZ (Warschau): *Ueber die permanente Erweiterung des ausseren Muttermundes mittels der Ligatur* (smst. S. 62—68); ti disse Metoder kunne ikke forstås uden en vidtløftig, af Billeder ledsaget Beskrivelse. Derimod skulle vi kort referere en Metode, der anbefales i dette Øjemed af RICH. BRAUN v. FERNWALD (G. BRAUNS Klin., Wien): *Die Dilatation des Cervicalcanales und der Vaginalstenosen durch Drainrohren* (Wien. kl. W. 1894, N:r 46, S. 861—63; N:r 47, S. 884—85). Forf. anbefaler til Dilatation af Cervikalkanalen at anvende elastiske Drånrør, der indføres udspændte ad maximum over en ganske glat Sonde. I det Øjeblik, Sondespidsen har passeret orific. int., giver man pludselig Slip på Drånet, der da smelder op i Cervikalkanalen, og man fjerner derpå ganske forsigtig Sonden. Det er godt at dyppe Sonden med det udspilede Drån i Lysol (bedre end i Olie); men Drånet må ikke ligge i Lysol, da det så bliver for glat. Efter 24 Times Forløb kan man indlægge et nyt, tykkere Drån o. s. fr. Også efter Diseision af Vaginalportionen kan det anvendes, ligesom Forf. har anvendt det ved en abortus provocatus. Forf. lægger stor Vægt på, at Drånet sikrer Afløb af Sekret fra Uterinhulen; han benytter det omvendt også til Injektion af Vædske. Endelig meddeler Forf. 2 Tilfælde af Stenose af vagina, hvor Metoden ligeledes blev anvendt med Held.

Vedrørende Lidelser af genitalia ext. har der fundet nogen Diskussion Sted om pruritus vulvae og om kraurosis vulvae. De herhen hørende Arbejder ere: M. SÄNGER (Leipzig): *Zur Aetiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa* (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 7, S. 153—68; Diskuss. S. 173—74). B. S. SCHULTZE (Jena): *Zur Aetiologie und Behandlung des Pruritus vulvae* (smst. N:r 12, S. 273—77). A. MARTIN: *Ueber Kraurosis vulvae* (Volkm. klin. Vortr. N. F. N:r 102. Diskuss. Z. f. G. u. G. 30.1, S. 291—96). SÄNGER hævder, at der ved pruritus vulvae altid findes en Betændelse af corium, og vil derfor kalde Lidelsen vulvitis pruriginosa. Her ere de sensible Nerveender afficerede, ved kraurosis (når Kløe mangler) ikke; ellers er der ingen Væsensforskel på de 2 Lidelser. Måske også Mangelen på Kløe ved kraurosis beror på, at Nerveenderne hurtigt

ere gåede til Grunde ved Trykatrofi. Er pruritus ikke rent forbigående, findes som sagt altid en Betændelse af corium, og S. tror ikke på Existensen af den bl. a. af OLSHAUSEN opstillede idiopatiske pruritus, der skulde være en ægte, primær, ren Nevrose. Hvad Lidelsens Årsag angår, ivrer han mod den Antagelse, at den altid skulde skyldes Mikroorganismer. I övrigt opstiller han m. H. t. Åtiologien et helt Skema med talrige Rubrikker, Over- og Underafdelinger, som det dog vilde være for vidtløftigt at reproducere her. Ved 2 Tilfælde af vedholdende, hårdnakket pruritus har han extirperet hele vulva og anbefaler dette Indgreb i sådanne Tilfælde. Angående den benyttede Teknik må henvises til S.'s egen, af Billeder ledsagede Beskrivelse. I Diskussionen om dette Foredrag udtalte ZWEIFEL bl. a., at han ikke turde benægte, at pruritus stundom må opfattes som en ren Nevrose. Også SCHULTZE hävder, at Lidelsen ikke altid skyldes en vulvitis. Han meddeler som Exempel herpå et Tilfælde, hvor pruritus ophörte efter Spaltning af de sammenvoxede labia. Der findes også Tilfælde, hvor der ikke er det mindste at opdage, og hvor man må antage Existensen af en primær Nevrose. Endelig kan Klöen være en Reflexlidelse, hyppigst beroende på en endometritis, og undertiden kan den udlöses ved Beröring af Endometriet eller bestemte Steder heraf med en Sonde; herpå anföres et Exempel, hvor Klöen ophörte, efter at Endometriten var hävet, ligesom også i et andet Tilfælde, hvor der var meget sparsom purulent Sekretion og ingen vulvitis. Et af Hovedsymptomerne ved pruritus er Sövnlöshed, og man bör altid tænke på pruritus, når en Kvinde klager herover. Angående krauroris har MARTIN foruden sine tidligere offentliggjorte 5 Tilfælde iagttaget 3 ny. Han hävder, at Lidelsen ikke, som af SÄNGER og ZWEIFEL påstået, har noget med Pakydermi at gøre, efter et (formodet) oprindeligt Betændelsesstadium følger der Atrofi så vel af Bindeväv som af Kar, Nerver og Glandler. Selv om der var Klöe, var der dog Atrofi af Nerverne, ikke de af WEBSTER ved pruritus beskrevne, af SÄNGER adopterede Forandringer af disse. I alle MARTINS Tilfælde klagede Patienterne over Smerter, Bränden, Klöe; dog var sidstnævnte måske mere Hedefornemmelse. Hovedsymptomet var dog Stramhed og Spänden. Den bedste Behandling var Excision; i et således behandlet Tilfælde var der imidlertid efter 4 Års Forløb kommet noget, der kunde ligne et begyndende Recidiv. Om Lidelsens Åtiologi vides intet; den synes ikke at have noget med Syfilis at gøre. I Diskussionen bekräftedes sidstnævnte Udtalelse af LEWIN; han havde behandlet 70—80 000 Kvinder med Syfilis, men aldrig set kraurosis. SÄNGER fastholdt sine Anskuelser, k. er en progressiv, präsenil og senil Atrofi af vulva med Pakydermi. OLSHAUSEN hävdede, at der näppe var synderlig Forbindelse mellem krauroris og pruritus.

Angående Urinfistler findes en Del Meddelelser af Betydning, særlig om Ureterfistler, hvis Hyppighed tiltager stærkt med det store Antal af gynäkologiske Operationer, navnlig Totalexstirpationen af uterus, isär per vaginam, og måske særlig ved castration uterine, hvor Operationen frembyder særlige Vanskeligheder. Men også f. Ex. ved Vaginofixation er der fremkaldt en Ureterfistel. Bestræbelserne gå nu

selvfølgelig ud på at helbrede disse Fistler uden Nefrektomi og uden kolpocleisis ved at retablere Forbindelsen mellem vesica og ureter. Meget sindrige Metoder ere angivne og anvendte af MACKENRODT og DÜHRSEN, og navnlig synes sidstnævntes Metode tiltalende. Men her som flere Gange i det foregående må vi renoncere på at gengive Operationens Detaljer, men henvise til de af Billeder ledsagede Originalafhandlinger. Disse ere: MACKENRODT: *Die operative Heilung der Harnleiterfisteln* (Z. f. G. u. G. 30.1, S. 311—19); *Ein geheilter Fall von Harnleiter- Gebärmutterfistel* (Centralbl. f. G. 1894. N:r 42, S. 1026—30); *Zur Frage der Nierenexstirpation bei Ureterscheiden- und Ureter Gebärmutterfisteln* (Berl. kl. W. 1894. N:r 51, S. 1149—52). A. DÜHRSEN: *Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterscheidenfisteln nebst Bemerkungen über die Heilung der ubrigen Harnleiterfisteln* (Volkm. klin. Vortr. N. F. N:r 114). Hvad Vesikovaginalfistlerne angår, kan omtales følgende Fremgangsmåde, som SCHAUTA (Wien) har anvendt i 2 Tilfælde, hvor Fistelens ene Rand var adhærent til (gik over i) Periost på ramus desc. pubis (Centralbl. f. Gyn. 1894. N:r 40, S. 982—83). Han lagde et Snit udenfor lab. maj. på vedkommende Side og arbejdede sig herigennem op til ramus desc. Med elevatorium afpræparerede han så vesica og vagina fra Knoglen, og da Fistelranden således var gjort bevægelig, frembød Foreningen ingen Vanskelighed. I det ene Tilfælde var der 2 Fistler, og Metoden måtte anvendes på begge Sider. MACKENRODT: *Die operative Heilung grosser Blasenscheidenfisteln* (Centralbl. f. Gyn. 1894, N:r 8, S. 180—84), anfører, at det gælder om at få vesica helt løsnet fra vagina, og for at opnå dette har man endog benyttet Laparotomi (v. DITTEL) eller arbejdet sig subperitonæalt ind ved en suprapubisk Incision. M. anser dog disse Indgreb for altfor farlige og besværlige og hævder, at de helt kunne undgås, ved at man benytter en lignende Teknik som den, han bruger ved Vaginofixation. Når forreste Vaginalvæg er spaltet fra urethra til portio (Snittet falder næsten altid gennem Fistelen), løsner man vesica helt fra vagina. Den løse, foldelige Blærevæg kan da let sutureres, om man vil i flere Etager. Derpå våltes fundus uteri frem som til Vaginofixation, og Vaginalsåret sys fast til uterus og forenes, hvis det lader sig gøre; hvis ikke, sys Sår-randene blot fast til uterus, der jo så udfylder Defekten.

Hvad Brugen af Medikamenter i gynäkologisk Praxis angår, skulle vi omtale de Erfaringer om Brugen af Hydrastinin med Uterinblødninger, der meddeles af KALLMORGEN (OLSHAUSENS Klin., Berlin): *Ueber Dauererfolge der Hydrastininbehandlung bei Gebärmutterblutungen* (Z. f. G. u. G. 29, S. 282—91). Skönt disse Meddelelser i flere Henseender ere temmelig fragmentariske, give de dog på flere Punkter ret værdifulde Oplysninger om, hvad vi kunne vente os af Midlet, også m. H. t. et vedvarende Resultat efter Ophør af Brugen af dette uheldigvis endnu meget kostbare Middel. Den gamle Erfaring om Hydrastininets Unytte ved Blødninger på Grund af Myomer og Karcinom samt ved Svangerskabsblødninger bekræftes af Forf.'s Tal. Men heller ikke ved kron. Endometrit var Resultatet så gunstigt, som det fra flere Sider angives. Derimod sås udmærket og blivende

Resultat ved de fleste Tilfælde af rene Menorragier (uden påviselig Årsag), ved Blødninger ved haematocoele retrouterina og Adnexlidelser samt ved Blødninger efter Abort. Midlet gaves per os, 0.20 til 0.30 daglig, sjældent mere, og kun under Blødningen samt om muligt i de nærmest foregående Dage.

Vi skulle til Slutning omtale et Par mindre Arbejder om Menstruationen. G. HOUZEL (Boulogne) søger at vise, at Søbade langtfra have en skadelig Virkning under Menstruationsblødningen, men at de tvært imod må tilrådes: *De l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation* (Ann. de gyn. Decb. 1894. S. 407—19). Den kvindelige Fiskerbefolkning ved Boulogne tilbringer daglig Sommer og Vinter flere Timer i Vandet, enten menses ere til Stede eller ej, og ser aldrig mindste Gène heraf. Forf. har søgt nøjagtige Oplysninger om 123 Kvinder (de meddeles tabellarisk) og uddrager heraf den Slutning, at Søbade lette Menstruationsblødningen, bevirke en senere Indtræden af Menopausen og forrøge Frugtbarheden. Nervøse, svagelige Kvinder fra Byerne behøve ikke at afbryde deres Bade under menses, dog vel at mærke først efter at de ved nogen Tids Ophold ved Kysten have vannet sig til Söklinaet. — Det andet Arbejde vedrører Stofskiftet under Menstruationsblødningen og er af THEODOR SCHRADER (GERHARDTS Klin., Berlin): *Untersuchungen über den Stoffwechsel während der Menstruation* (Z. f. kl. Med. 25.1—2, S. 72—90). Forf. meddeler dels et Par egne, dels et Par af V. NOORDEN udførte Undersøgelser over Kvälstofudskillelsen i Urin og fæces før og under menses ved samme, kendte N-Mængde i Kosten. Der fandtes da på Menstruationsblødningens Tid formindsket N-Udskillelse, navnlig med fæces, i nogle Tilfælde betydelig, i andre kun ringe. Muligvis udskilles den manglende N-Mængde med Blodet. Forsøgene ere kun få og ikke helt overbevisende. De ere anstillede på sængeliggende Rekonvalescenter efter revmatisk Feber med sunde genitalia.

## Nordisk medicinsk litteratur från 1895.

**Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:** E. TOBIESEN: Bidrag til Læren om Blodets Rolle ved Vævenes respiratoriske Stofskifte. — NIELS R. FINSEN: Lyset som Incitament. — C. G. SANTESSON: »Einige Beobachtungen über die Ermudbarkeit der motorischen Nervenendigungen und der Muskelsubstanz.» — MAGNUS BLIX: Die Länge und Spannung des Muskels.

F. TOBIESEN: **Bidrag til Læren om Blodets Rolle ved Vævenes respiratoriske Stofskifte.** Afhandl. for Doktorgraden. København 1895. Reitelske Forlag.

Forf:s Undersögelser ere udförte på Universitetets fysiologiske Laboratorium og danne en Fortsættelse og Uddybelse af Spørgsmålet om Blodets specifikke Iltholdighed. Afhandlingen indledes med en Redegørelse for Betydningen af dette Begreb, der første Gang er opstillet af Prof. BOHR i Året 1890.

Ved Blodets specifikke Iltholdighed forstås efter BOHR: den Mængde Ilt, som Blodet formår at binde pr. Ccm indeholdt Järn.

I det tidligere Undersögelser have vist, at Järnet i Blodet kun optræder i de röde Blodlegemer, altså indgået i Hämoglobinmolekylet, bliver den specifikke Iltholdighed også et Mål for den Mængde Ilt, det forhåndenværende Hämoglobin formår at binde. Dette er, som vist ved de BOHRske Undersögelser, meget forskelligt, både hos de forskellige Individuer af samme Art, og hos samme Individ i forskellige Tilstande. Ligesom vi udenfor Organismen kende forskellige Modifikationer af Hämoglobinet, der hver isär binde höjst forskellige Mængder Ilt, således må vi også i Organismen tænke os Hämoglobinet forekommende i de forskellige Modifikationer eller Blandinger af disse for at forklare os den forskellige Iltbinding, som faktisk finder Sted under forskellige Forhold.

Blandt de Forandringer i Blodets specifikke Iltholdighed, som vare konstaterede ved tidligere Forsög, var også den, at den specifikke Iltholdighed altid var större i art. femor. end i v. cava inf. Ved Passagen gennem Underextremiteternes Muskulatur o. s. v. faldt altså den specifikke Iltholdighed. Spørgsmålet blev nu, hvor den omvendte Proces foregik, Omdannelsen af den lave specifikke Iltholdighed til den höjere i det arterielle System.

For at få Klarhed på dette Spørgsmål anstillede Forf. en Række Forsøg, hvor han samtidig tog Blodprøve fra art. femor., v. cava inf., h. Hjærte og v. femor. og bestemte den specifikke Iltholdighed i disse.

Resultatet af Forsøgene blev nu: Under Passagen gennem Kapillarerne kunne Vävenens Celler indvirke på Blodets specifikke Iltholdighed, i det de enten forhøje eller formindske den; men undertiden finder en sådan Indvirkning ikke Sted. Den opsättende Virkning må henlægges til Lungen, og dennes Virkning vil da vise sig at være den, at den stadig ved en Forandring i modsat Retning kompenserer den Forandring, som Blodet undergår i Legemets Kapillärer.

Forf. studerer dernæst Åreladningens Indflydelse på Blodets specifikke Iltholdighed og kommer ved sine Forsøg herover til følgende Resultater: Åreladning er et sikkert Middel til at frembringe Forandring i den specifikke Iltholdighed, og denne Forandring kan foregå på 2 Måder. Der kan nemlig enten foregå et Fald af den specifikke Iltholdighed i alle Organismens Kargebeter, således at den indbyrdes Forskel mellem Værdierne på de forskellige Steder bliver uforandret, eller Faldet finder Sted på et enkelt Sted i Karsystemet, så at Forskellen mellem Værdierne på de forskellige Steder forandres.

Et andet Spørgsmål, Forf. undersøger, er Inspirationsluftens Indflydelse på Blodets specifikke Iltholdighed. Han foretager Respirationsforsøg med forskellig iltrige Luftblandinger og tager samtidig Blodprøver fra a. femor. Resultatet af Blodprøverne i de des værre kun 2 Forsøg, der bleve anstillede, var, at Indånding af iltrig Luft synes at påvirke Blodet på fuldkommen regelløs Måde.

Til Slutning meddeles nogle Forsøg over forskellige Indgrebs Virkning på den specifikke Iltholdighed, såsom Vagusgennemskæring og Vagusirritation, Tetanisation af Bagkroppen o. s. v. Noget sikkert Udslag i Henseende til en Forandring fandtes ikke herved.

Under Beskrivelsen af Forsøgsmetoden, der anvendes ved de herhenhørende Undersøgelser, og som efterhånden er uddannet her på Laboratoriet, omtaler Forf. vidtløftigere den Bohr'ske Modifikation af PETERSON-PALMQUISTS Luftanalyseapparat, der med så stor Fordel lader sig anvende ved alle lignende Luftanalyser, og som derfor fortjener almindelig Kendskab.

I Steden for den gamle Buretteform med en Udblåsning for oven anvendes en ganske lige, i Tyvendele af Kc. inddelt Burette, der er helt nedsænket i Vand. Buretten er forsynet med 2 Pipetter, en med Natronhydratopløsning til Absorbition af  $\text{CO}_2$  og en med Iltabsorbtionsvædsken. Som sådan anvendes en 12 % Opløsning af surt svovlsyret Natron, måttet med Svovlsyring og reduceret med Zink.

Til Måske i Kapillærretet anvendes Vaselinolje. En T-Hane i den øverste Del af Buretten tillader Indsugning under Kviksølv af den Luft, der skal analyseres, og i sin anden Stilling Forbindelse mellem Buretten og Apparatets øvrige Dele.

*N. P. Schierbeck.*

NIELS R. FINSEN: **Lyset som Incitament.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 205.

Forf. har ved disse Undersøgelser søgt at udforske, hvilken Rolle de enkelte Lysstrålekvaliteter udøve som Incitamerter til de Bevægelser, man iagttaget hos Fosteret i Frø- og Salamander-Æg, når Sollyset falde direkte på Æggene. Det viste sig ved Forsøgene, at det var særligt de blåviolette Stråler, der vare inciterende. Det samme Resultat kom Forf. til for Salamanderungers Vedkommende, som han belyste i en Vandskål med forskelligt farvede Lysstråler. De forskellige Lysstrålekvaliteter frembragtes ved at lade Sollyset passere forskelligt farvede Glas, hvis Gennemstrålingsforhold i Forvejen vare spektroskopisk undersøgte.

Med Regnorme og Örentviste anstillede Forf. følgende Forsøg. En Del af disse Dyr anbragtes i en langagtig Äske, hvis Låg dannedes af en Række farvede Glasplader, ordnede efter Spektret. Lige-gyldigt, hvor Dyrene anbragtes til at begynde med, samlede de sig efter kort Tids Forløb alle under det røde Glas. I en lignende Kasse anbragtes en 20 Spyfluer; disse tilbragte regelmæssigt Natten sovende under det røde Glas.

N. P. Schierbeck.

C. G. SANTESSON: **"Einige Beobachtungen über die Ermüdbarkeit der motorischen Nervenendigungen und der Muskelsubstanz."** (Aus dem physiologischen Laboratorium des Carolinischen Instituts in Stockholm.) Skandinav. Archiv f. Physiologie, bd V (1895), s. 394—406, med 2 träsnitt i texten.

Vid studiet af talrika gifters kurareliknande verkan uppställer sig stundom den frågan: hvilka bildningar tröttna under *fysiologiska* förhållanden tidigare vid elektrisk (induktions-)retning från nerven, de motoriska nervändapparaterna eller muskelsubstansen? Beträffande tetaniserande retning är frågan besvarad genom försök af A. WALLER samt af ABELOUS därhän, att (hos grodor) nervändapparaterna tröttna förr, att sålunda muskeln vid direkt retning af dess substans reagerar, äfven sedan retning från nerven ej mer framkallar några kontraktioner. Förf. konstaterar detta resultat såväl beträffande kontinuerlig tetaniserande retning som vid korta, rytmiskt återkommande tetani, både vid minimal och vid större belastning (100 gm). Pröfvas däremot preparatets retbarhet med *enstaka* induktionsslag, framträder enligt förf:s försök ett motsatt förhållande. Om preparatet genom retning från nerven trötats så, att muskeln utför blott helt låga ryckningar, erhållas vid direkt retning af muskeln med *enstaka* (öfvermaximala) induktionsslag intet spår till reaktion. Muskelsubstansens direkta retbarhet är vid denna grad af trötthet hos preparatet så pass nedsatt, att den icke mera förmår att reagera för *helt kortvariga* retningar; att muskelsubstansen däremot icke är fullständigt uttröttad, därom vittnar såväl dess förmåga att ännu reagera vid retning från nerven som ock dess förhållande vid tetaniserande retning.

Författaren.



MAGNUS BLIX: **Die Länge und Spannung des Muskels.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd V, s. 150.

På grund af omfattande försök, angående hvilkas anordning hänvisas till originalafhandlingen, framhåller förf. den rol det inre motståndet spelar vid muskelns formförändring vare sig denna formförändring hos den hvilande eller arbetande muskeln framkallas af inre eller yttre krafter. Vidare framhåller förf. nödvändigheten af att i funktionelt hänseende skilja mellan de elastiska delarna af muskelfvävnaden och den kontraktila substansen i den samma. Muskelns form i hvilande tillstånd bestämmes af de förra, i arbetande tillstånd af båda. De elastiska delarnas inverkan på muskelns form i arbetande tillstånd bestämmes i hvarje ögonblick af muskelns för handen varande längd. Vid en maximal ryckning förlöper alltid samma inre process i muskeln. Det är de yttre omständigheterna som bestämma, huru stor den del af den vid denna inre process omsatta energimängden är, som öfverföres i mekaniskt arbete. Förf. tillämpar sin teori på resultaten af de senaste anatomiska undersökningarna angående muskelns histologi samt föreslår i sammanhang därmed en ny hypotes till förklaring af förloppet af de i muskeln vid dess kontraktion förlöpande processerna.

*J. E. Johansson.*

**Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:**

H. HOLSTI: Fall af melanosarkom i lefvern. — H. VOGT: *Omphalo-pagus, paracephalus cardiacus.*

H. HOLSTI: **Fall af melanosarkom i lefvern.** Finska läkaresällk. handl., bd 37, s. 39.

Hos en 52-årig kvinna, intagen å med. kliniken, befans lefvern vara fast, dess yta spräcklig, dels mörkbrun, dels gråröd. Förutom att ytan å de mörkare partierna är något ojämn och knölig, finnes dessutom å den samma flere större och mindre knapplika, vid lefvern med en stilus fastade, mörkgråa, något lösa nybildningar. I trakten af ligamentum suspens. hep. finnes en 7 cm. lång och bred, ytterst lös svulstbildning, innehållande en tjockflytande gråbrun massa. I peritoneum här och där mörkgråa konglomerat, bestående af en gråbrun, lös massa. Under högra hjärtkammarens endocardium likartade nybildningar. Vid mikroskopisk undersökning visade sig den normala leverstrukturen nästan alldeles försvunnen; riklig mängd dels runda, dels aflånga celler, fyllda med mörkt pigment. Förf. anser, att melanosarkomet i lefvern var primärt.

*R. Sievers.*

H. VOGT: **Omphalo-pagus, Paracephalus cardiacus.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 115—121.

Moderen III-påra, Tvillingfödsel, 1ste Tvilling födt; Efterbyrden exprimeredes 10 Min. efter förste Tvillingens Födsel; begge Fostres Navle-

snore velamentöst insererede. Paracefalen er 15 Cm. lang, Underextremiteterne veldannede og stærkt udviklede, resp. 3 og 4 Tæer. Venstre Arm normal, Underarmen dog betydelig kort mod Overarm. Underarmsbenene ender nedad i en Spids under Huden og står ikke i Forbindelse med Overarmbenet, men ender bagtil et Stykke ovenfor nedre Ende af os humeri. 3 Fingre på venstre Hånd. Højre Arm repræsenteres ved en spidst endende, 2 Cm. lang, tynd, blød Hudproduktion, dog med et ganske kort os humeri. Scapula på venstre Side veldannet, på højre lidet. Claviculæ mærkelig tykke, endende i Spidsen, intet os sterni. Truncus veldannet, Navlestedet antydet med en liden Fremståenhed, hvori ingen Åreåbninger ses. Rygraden især nedenfor Brystet påfaldende bred. På venstre Side af Issen en sammenfalden Cyste, der ikke står i Forbindelse med Hjærneskallens Hulhed. Et Par hvide Pletter antyder Öjnene, Näsen en liden Hudknop med enkelt Näsebor indtil Svälget, en Spalte mellem Mundåbningen og Näsehullet, to små auriculæ o. s. v. Oesophagus ender blindt i Højde med Brystets överste Parti. Analposchen ender blindt, tydelige labia majora og Huden som en yderst fin Kanal. Ingen Lunger, ingen Kar i Brysthulen. Et lidet bönnestort Hjärte, hvori 2 Rum; 1 Kar fandtes i Forb. med Hjärtet, nemlig i dettes højre Halvdel.

Antydning til Mellemgulv. Ventrikel, Tarne tydelige, ligesom Lår og muligens pancreas(?).

Ingen Antydning til indvendige Uro-Genitalorganer.

Kraniet lidet, tydelig Hjärnemasse og Rygmarv.

Den afdöde Tvillings Alder ansattes til omkring Enden af 4de Måned.

Forf. omtaler dernäst Literaturen saut de forskellige Hypoteser for Misdannelsers Opståen.

*N. A. Quisling.*

**Speciel patologi och terapi:** H. HOLSTI: Om tyfoidfeperepidemin i Helsingfors under sommaren och hösten 1893. — H. HANSEN: Difteriens Spredningsmåde. — LARS NILSSON: Om difteriu i Skurups distrikt 1891—94 jämte några ord om difteriens inkubationstid och behandling. — THURE HELLSTRÖM: Fyra fall af difteri, bebsndlade med det nya difteri-antitoxinet. — A. HÖRRING: Blodserumterapien med särskilt Hensyn til Behandlingen med Antidifteriserum. — ADOLF NORDBERG: Ett bidrag till kännedomen om hämofilus förekomst i Finland. — RUD. KOLSTER: Om hämofili hos kvionor. — M. GADD: Två fall af progressiv muskelatrofi med ovanligare förlopp hos balsafskön. — H. HOLSTI: Ett fall af ischias scoliotica. — M. GRÖNDAHL: Om elektrisk Massage. — AXEL HOLMBERG: Bidrag till kännedom om FLECHSIGS opium-brombehandling vid epilepsi. — H. HOLSTI: Fall af diarrhetus mellitus, uppkommen efter en stöt mot magen. — F. LEVISON: Hvilken Rolle har Sukkeret i Stofskiftet, og hvorledes opstår diabetes? — J. W. RUNEBERG: Fall af autoektoth trombos i sinus longitudinalis och högra sinds transversus. J. W. RUNEBERG: Fall af trombos i högra arteria subclavia. — R. SIEVERS: Blyförgiftningar. — JENS SCHOU: Et Tilfælde af Trombestikfingre ved Empyem. — O. TORSTENSSON: Om användningen af kreosot- och guajakol-karbonaten vid ftisis. — JUELL: Om Oprettelse af et dansk Sanatorium samt Tilsvær herom til Hr. Dr. SAUGMAN. — PONTOPPIDAN: Om Oprettelse af et Sanatorium for brystsyge. — SAUGMAN: Til Sanatoriediskussionen. — GEILL: Sanatorier for brystsyge. — JUELL: Mit sidste Geosvar i Sanatoriesagen. — SÖREN HANSEN: Om Sanatoriet for brystsyge.

**H. HOLSTI: Om tyfoidfeperepidemin i Helsingfors under sommaren och hösten 1893.** Finska läkare-sällsk. handl., bd 36, s. 749.

I en lång och intressant, ett helt häfte utfyllande, afhandling lemna förf. en sakrik och detaljerad redogörelse för en tyfoidfeperepidemi i Helsingfors under sommaren och hösten 1893 med ovanligare förlopp. Sjukdomsbilden afvek i flere hänseenden från den vanliga vid en abdominaltyfus. »Olikheten», säger förf., »beträffar mera graden och intensiteten af symptomen än arten af de samma, och man möter icke sällan enstaka fall af abdominaltyfus, som likna de nu i fråga varande fallen, det egendomliga är blott, att detta ovanliga förlopp karakteriserat hela epidemin.» Afvikelsen beträffar icke allenast det kliniska förloppet, utan äfven tarmsåren. Dessa voro dels runda, dels långsträckta och förlöpte i tarmens tvärriktning. Vid de fleste sår kunde icke något samband mellan dessa och PEYERSKA plaqverna konstateras, utan voro såren helt och hållet belägna utom de samma. För öfrigt hänvisas till förf:s kritiska framställning af denna säregna tyfoidfeperepidemis afvikelse från vanliga tyfoidfeperepidemier.

*R. Sievers.*

**H. HANSEN: Difteriens Spredningsmåde.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 93.

*F. Levison.*

LARS NILSSON: **Om difterin i Skurups distrikt 1891—94 jämte några ord om difterins inkubationstid och behandling.** *Eira* 1895, s. 2.

Från den 12 febr. 1891 till den 14 maj 1894 förekommo inom nämnda distrikt 473 fall af difteri, mortalitetsprocenten i det hela 18,4. Larynxdifteri förekom i 81 fall, d. v. s. 17,1 %; dödligheten för dessa fall var 66,7 %. Rörande inkubationstidens längd har förf. 15 observationer, som kunna användas till dess bestämmande. I dessa 15 fall synes inkubationstiden i 4 fall icke kunnat vara längre än 2 dygn, i 7 fall mindre än 1 dygn och i 4 fall mindre än eller högst  $\frac{1}{2}$  dygn.

De första 43 fallen behandlades med pensling dels med lapis, dels med benzoesyradt natron; dödlighetsprocenten 39,5. De återstående 430 fallen behandlades medels intagning och, där så kunnat ske, medels gurgling hvarje half timme med kvicksilfvereyandlösning (1—2,5 : 10,000); mortaliteten 16,3 %. *Edgren.*

THURE HELLSTRÖM: **Fyra fall af difteri, behandlade med det nya difteri-antitoxinet.** *Hygiea* 1895, s. 73.

I alla 4 fallen konstaterades difteribaciller. Ett af fallen slutade dödligt, detta var kompliceradt med krup, hvarföre trakeotomi måste utföras. I de tre rena difterifallen fans ej albumin vid inkomsten men uppträdde hos dem alla senare, efter det serumbehandlingen börjats; alla dessa tre fall förettede sedermera difteritiska förlamningar. Inga farliga eller skadliga inverknings af medlet iaktogs; en af patienterna fick urticaria, men samtidigt iaktogs hos 2 andra, ej med serum behandlade patienter, samma utslag. *Edgren.*

A. HÖRRING: **Blodserumterapien med särskilt Hensyn til Behandlingen med Antidifteriserum.** *Bibl. f. Lager, R. 7, Bd 6, S. 97.*

Et Referat af de sidste Års Undersøgelser om Serumterapien, der have vendt sig fra tetanus mod Difterien. Forf. giver en Oversigt over de anstillede Laboratoriumsforsøg og de foreliggende statistiske Oplysninger, der vise, at der er behandlet et Par Tusinde Tilfælde af Difteri med Serum, og at Dødelighedsprocenten ved denne Behandling synes at være bleven mindre, medens Midlets uheldige Bevirknings ikke have været betydelige. *S. Borch.*

ADOLF NORDBERG: **Ett bidrag till kännedomen om hämofilins förekomst i Finland.** *Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 94.*

Innehåller en detaljerad redogörelse om förekomsten af hämofili inom en släkt, omfattande flere generationer. Bland blödarefamiljerna fans icke någon med hämofili behäftad kvinna, ej heller hade någon af de gifta männen gifvit upphof åt blödare. *R. Sievers.*

RUD. KOLSTER: **Om hämofili hos kvinnor.** *Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 111.*

Forf. lemnar i en lång afhandling en redogörelse öfver i literaturen beskrifna fall af hämofili hos kvinnor och öfver ett af honom

själf iakttaget fall samt lemnar en öfversikt af de olika symptom, under hvilka hämonilin uppträder hos kvinnor. Arbetet åtföljes af en mängd färglagda släktchema.

*R. Sievers.*

**M. GADD: Två fall af progressiv muskelatrofi med ovanligare förlopp hos halfsyskon.** Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 146.

Innehåller en kort redogörelse ur literaturen om de progressiva muskelatrofiernas sjukdomsgrupp samt tvänne sjukdomsbeskrifningar öfver progressiv muskelatrofi hos tvänne halfsyskon med påpekande af, i hvilken mon de iakttagna fallen skilja sig från de uppställda typerna.

*R. Sievers.*

**H. HOLSTI: Ett fall af ischias scoliotica.** Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 221.

En 26-årig man stöder, när han står, uteslutande på vänstra foten, hvarigenom i lumbaldelen af ryggraden en stark skolios med konvexiteten åt höger uppstår, i öfre delen af ryggraden en lindrig skolios med konvexiteten åt vänster. Bäckenet står rakt. Högra benets muskulatur något atrofierad. Pat. klagar öfver starka smärtor i högra benet, smärtorna sträcka sig företrädesvis längs bakre sidan af låret och underbenet ner till hälen. Ömmar något vid tryck längs förloppet af högra n. ischiadicus.

*R. Sievers.*

**M. GRÖNDAHL: Om elektrisk Massage.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 276—279.

Forf. omtalar en af ham benyttet Måde at massere på, — en Måde han ikke tidligere har set eller hört anvendt —; den består i, at et almindeligt Induktionsapparats positive Elektrode placeres centralt for det behandlede Nervegebet; den negative tager han i sin venstre Hånd, og masserer nu med den frie — elektriske — höjre Hånd; Strömstyrken varieres; Seancen 10—30 Minutter.

Han har benyttet Metoden i 5 År, og mener, at have set meget gode — for ikke at sige forbavsende (Ref.) — Resultater i sin Behandling af *Ischias*, *Interkostalnevralgier*, *Lammelser* og *Atrofier*. Han anbefaler Metoden til Efterfølgelse og vil være taknemmelig for andre Lägers til ham meddelte Erfaringer om samme.

*Halfdan Hopstock.*

**AXEL HOLMBERG: Bidrag till kännedom om Flechsigs opium-brom-behandling vid epilepsi.** Finska läkaresällsk. handl., bö 37, s. 1.

Efter en kortare literaturofversikt, beträffande i fråga varande behandlingsmetod, redogör förf. för ett fall af svår epilepsi hos en 17-årig gosse, vid hvilket denna metod med framgång kommit till användning. Gossen hade under 1892 haft 58, under 1893 till d.  $\frac{16}{4}$ , då behandlingen vidtog, 16 ofta rätt svåra epileptiska anfall. Kuren började d.  $\frac{16}{4}$  med 30 droppar opiiitinktur dagligen, hvilken dos småningom ökades, så att pat. på 12:te dagen intog 135 droppar. D.  $\frac{24}{5}$  hade en daglig dos af 210 droppar uppnått, och härmed fortsattes ända till

d.  $\frac{9}{6}$ , då opiatet bortlemnades och 6 gm bromsalter ingafs, hvarmed fortsattes till d.  $\frac{17}{8}$ . Då denna första kur icke lemnade önskvärdt resultat påbegyndes sist nämnda dag, d.  $\frac{17}{8}$ , en andra opiikur med 30 droppar tinct. opii dagligen; dosen ökades småningom, dock långsammare än förra gången; maximaldosen, 300 droppar, uppnåddes sista dagen, d.  $\frac{26}{9}$ , hvarefter 7,5 gm bromsalter användes ända till årets slut. Resultatet af behandlingen blef, att gossen under 14 månader haft endast några anfall och under de senaste 11 månaderna varit fri från alla epileptiska anfall, fränsedt några auraskof.

*R. Sievers.*

**H. HOLSTI: Fall af diabetes mellitus, uppkommen efter en stöt mot magen.** Finska läkaresällsk. handl., bd 36, s. 871.

En förnt fullkomligt frisk, 35-årig arbetare kände, omedelbart efter det han stött vänstra delen af magen och ländrtrakten mot en sten, ristande smärtor i magen och behof af att kasta urin. Samma dag begynte han känna en ovanligt stark törst, hvarföre han drack ovanligt mycket och måste ofta kasta sin urin. Samtidigt begynte han besväras af trötthet och iakttog, att han afmagrade, oaktadt han hade bättre matlust än förnt. Urin, undersökt omkr.  $2\frac{1}{2}$  mån. efter stöten, hade sp. v. 1,034, innehöll socker 7,4 %; urinnämngd pro die 8,600 kem. Pat. utskrefs efter 42 dagars vistelse å sjukhuset i oförändradt tillstånd.

*R. Sievers.*

**F. LEVISON: Hvilken Rolle har Sukkeret i Stofskiftet, og hvorledes opstår diabetes?** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 97.

Forf. giver et sammentrængt Resumé af PAVYS nyere Arbejder over Sukkerets Rolle i Organismen; han viser, at Äggehvide-stofferne må betragtes som Glykosider, i det man ved Kogning med fortyndet Svovlsyre kan udskille en Sukkerart, som let lader sig påvise ved Fenylhydrazinprøven; det samme sker i Tarmkanalen ved Fordøjelsen; men først i Tyndtarmen omdannes alle Kulhydrater, også det af Äggehviden afspaltede, til Glykose. Det vises nu, at Sukkeret på Vejen gennem Tarmkanalens Væg for største Delen omdannes til Fedt eller atter går i Forbindelse med Peptonerne og danner Äggehvide-stoffer; kun en ringe Del af det i Tarmen indførte eller dannede Druesukker absorberes som sådant gennem Portåreblodet, og dette standes af Leveren, hvor det omdannes til Fedt og Glykogen. Medens Enzymerne altså virke hen til at spalte de indførte Stoffer, består Cellernes Virksomhed i en Syntese.

Under normale Forhold findes i Blodet og Organerne en meget ringe, men temmelig konstant Mængde Sukker; så snart denne forøges, bliver også den fysiologiske Sukkerudskillelse gennem Urinen, som altid kan påvises ved Fenylhydrazin (Ref. har således i 15 normale Urinprøver kunnet finde Sukker), forøget, der kommer Glykosuri, og bliver denne vedvarende, optræder diabetes med dennes Symptomer. I normal Tilstand synes Leverens Rolle altså at være den at standse og omdanne det med Portåreblodet tilførte Sukker, men ikke den at afgive Sukker til Blodet.

*F. Levison.*

**J. W. RONEBERG: Fall af autoekton trombos i sinns longitudinalis och högra sinns transversus.** Finska läkaresällsk. handl., bd 36, s. 809.

En 33-årig förut fullkomligt frisk man insjuknade, några dagar efter det han utskrifvits från med. kliniken efter en genomgången akut nefrit, med lufvudvärk, kräkningar, medvetslöshet och ryckningar i armarne. Pat. dog några dagar därpå i coma. Vid obduktion visade sig sinns longitudinalis och högra sinns transversus vara fyllda af en fast, vid väggen något adhererande trombmassa. Hjärnans vener, i synnerhet till höger, voro starkt fyllda af blod och delvis tromboserade. Mindre blodextravasat i synnerhet under meningerna på högra sidan. Iuga sjukliga processer i omgifningarna af de tromboserade sinns. Njurar, hjärta och blodkäril friska.

*R. Sievers.*

**J. W. RONEBERG: Fall af trombos i högra arteria subclavia.** Finska läkaresällsk. handl., bd 36, s. 866.

Fallet beträffar en 44-årig smed med en kronisk nefrit af skrumpnjureform i förening med måttlig skleros af arterierna och hjärthypertrofi. Trombosen ansågs vara spontant uppkommen och orsaken måhända att söka i den af nefriten framkallade förändringen i arterväggarna.

*R. Sievers.*

**R. SIEVERS: Blyförgiftningar.** Från medic. kliniken i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl., bd 36, s. 833.

Förf., som erinrar om att meddelanden om blyförgiftningar från Finland icke ingå i den inhemska literaturen, lemnar utförliga sjukdomsbeskrifningar öfver 12 blyförgiftningsfall, däraf 11 från medicinska kliniken i Helsingfors. Af dessa 12 voro 9 anställda vid porslins- och kakelfabriker, 2 voro rörläggare vid gasverk och 1 stilgjutare. Bland fallen anträffar man de olika grader af blyintoxikation, som pläga förekomma, nämligen en enkel blykolik, en i följd af mångårig beröring med bly uppkommen kakeksi med ofta återkommande anfall af blykolik, med smärtor i ledgångar och muskler, känsla af domning i extremiteterna, tremor m. m., en perifer förlamning samt äfven ett fall af encephalopathia saturnina. Förf. redogör vidare för de hygieniska mått och steg, som blifvit vidtagna för skyddandet af arbetarne för blyförgiftning vid de porslins- och kakelfabriker, som finnas invid Helsingfors, och hvilka åtgärder gjort, att arbetare vid dessa inrättningar icke blifvit blyförgiftade.

*R. Sievers.*

**JENS SCHOU: Et Tilfælde af Trommestikfingre ved Emyem.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 124.

Förf. har under Forløbet af et under en Pnevmoni opstået Emyem fundet Udvikling af Trommestikfingre, d. e. sidste Led af alle Fingre var fortykket i alle Retninger, Neglene vare abnormt konvexe, urglasformede, havde normal Glans og Farve, men stærk Længdestribning. Deformiteten svandt igen, i Begyndelsen langsomt, senere hurtigere, så at Fingrene omtrent havde normal Form, da Emyemfistlen lukkede sig.

*F. Levison.*



O. TORSTENSSON: **Om användningen af kreosot- och guajakol-karbonaten vid ftisis.** Eira 1895, s. 103.

Förf. anser kreosot, givet per os, ofta förstöra digestionsorganen, däremot kan det med fördel användas i form af lavemang; bättre än kreosot äro dock kreosot- och guajakol-karbonaten, af hvilka det senare är fullkomligt indifferent i förhållande till tarmslemhinnan. Äfven kreosotkarbonatet kan användas utan någon olägenhet för magen.

Deras verkan på sjukdomen tyckes vara fördelaktig.

*Edgren.*

JUELL: **Om Öpsettelse af et dansk Sanatorium samt Tilsvaret herom til Hr. Dr. Saugman.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 38.

PONTOPPIDAN: **Om Öpsettelse af et Sanatorium for brystsyge.** S. St., S. 61, 181.

SAUGMAN: **Til Sanatoriediskussionen.** S. St., S. 87.

GEILL: **Sanatorier for brystsyge.** S. St., S. 113.

JUELL: **Mit sidste Gensvar i Sanatoriesagen.** S. St., S. 129.

SÖREN HANSEN: **Om Sanatoriet for brystsyge.** S. St., S. 131.

Alle oven nämnte Forfattere ere enige om at tilråde Opførelsen af et Sanatorium for brystsyge, og blandt de Læger, som have deltaget i denne Diskussion, er der ligeledes Enstemmighed om, at et sådant helst bör lægges ved Kysten på et Sted, hvor der er Læ, og helst på nogenlunde höjt Terrän.

*F. Levison.*

**Kirurgi och oftalmiatrik:** GORDON NORRIE: Vore Börns Öjne. Populär Vejledning i at forebygge Öjensygdomme. — A. GULLSTRAND: Isolerad förslänning af obliquus inferior. — A. GULLSTRAND: Bakteriefynd vid ulcus rodens corneae. — U. L. HELLGREN: Om den mekaniska och operativa behandlingen af trakom. — ALI KROGIUS: Ett fall af sensorisk afasi, oppkommen efter ett trauma och läkt genom trepanstion. — SCHMIEGELOW: Bidrag til dea otitiske Hjarneabsces's Diagnose og Behandling. — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag til den operativa behandlingen af spina bifida. — WILH. MEYER: Adenoide Vegetationer, deres Udbredelse og Alder. — TH. ROVSING: Kirurgisk Kasnistik fra Dronning Louises Børle-hospital. — HJ. VON BONSDORFF: Pancreatitis gangrenosa acuta. — HJ. VON BONSDORFF: Arterielt-venöst aneurysma på låret, behandladt med exstirpation. — M. W. AF SCHULTÉN: Reeidiverande osteomyelit och dess beroende af traumatiska indlytelser. Ett bidrag till olycksfallförsäkringens kasnistik. — ARTHUR AF FORSELLES: Ett fall af muskelbråck. — R. FALTIN: Bidrag till pævdartrosernas behandling. — ALI KROGIUS: Ett fall af kongenital luxation i knæleden med total defekt af patella. — GEORG LARSEN: Hudgangræn som Følge af Tryk på højre ulnaris. — ROVSING-HANSEN: Død af Aternarkose eller Anæmi. — E. A. TSCHERNING: Spasere-handager. — O. HECKSCHER: Om Mangler ved Indpakning af sterile Forbindingsstoffer. — O. BLOCH: Samme Titel. — NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

GORDON NORRIE: Vore Börns Öjne. Populär Vejledning i at forebygge Öjensygdomme. Köbenhavn 1894.

Förf. behandlar sit Änne i följande Kapitler: Medfödde Öjenlidelser, nyfödde Börns Öjebetändelse, Kertelsyge, Utøj, Infektionssygdomme (Kopper, Mäslinger, Difteri), ägyptisk Öjensygdom, Ulykkestilfælde, Närsynethed, Fjärsynethed (Hypermetropi) og Skelen.

*J. Bjerrum.*

A. GULLSTRAND: Isolerad förslänning af obliquus inferior. Hygiea 1894. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 289.

Ett kort omnämmande af fallet.

*Widmark.*

A. GULLSTRAND: Bakteriefynd vid ulcus rodens cornea. Hygiea 1894. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 289.

Den funna bakterien hade alla difteribacillens egenskaper med undantag af dens virulens.

*Widmark.*

U. L. HELLGREN: Om den mekaniska och operativa behandlingen af trakom. Hygiea 1894, s. 569.

Förf. redogör utförligt för de viktigaste mekaniska och operativa ingrepp, som blifvit använda och ännu användas mot trakom, nämligen gnidning af conjunctiva med i sublimat doppade bomullssuddar, borstning af conjunct. med en styf borste, doppad i sublimat, upprispning

och utslefning af trakomkornen, bränning af trakomkornen med galvanokauter, excision af fornix conj. samt slutligen pressningsmetoden.

Därefter framlägger förf. en statistik af 42 fall, behandlade med sist nämnda metod å Serafimerlasarettets ögonklinik. I de flesta fall hafva resultatet varit mycket goda. Recidiv hafva under observations-tiden inträffat i 4 fall. Allvarliga komplikationer hafva inträffat en gång å 86 pressningar. Pat. fick i detta fall en keratit å ena ögat med ganska stark nedsättning af synskärpan. Förf. föreslår på grund häraf, att vid klar hornhinna endast pressa ett öga i sänder för att undgå den tänkbara möjligheten af en komplicerande keratit å båda ögonen.

I akuta fall med stark hyperemi och riklig sekretion är pressningen kontraindicerad. När den stymmigt variga sekretionen upphört och trakomkornen börja framträda, kan man tillgripa pressningen. Fullständigt utlupna trakom lämpa sig naturligtvis ej för denna behandling. Komplicerande hornhinneprocesser utgöra icke någon kontraindikation utan röna tvärtom ett gynnsamt inflytande af operationen.

*Widmark.*

**ALI KROGIUS: Ett fall af sensorisk afasi, uppkommen efter ett trauma och läkt genom trepanation.** Finska läkaresällsk. bandI., bd 36, s. 810.

Man, 21 år, förut frisk, stötte för tre veckor sedan trakten bakom vänstra örat mot en spik. Omedelbart härefter blef han skenbart mindre vetande, förstod ej tilltal och kunde själf ej tala. Efter olycksfallet har tillståndet varit oförändradt. Pat. gör i sitt beteende intryck af en idiot, ansiktsuttrycket apatiskt, tyckes ej vid tilltal förstå det sagda. Svarar på frågor osammanhängande ord men artikulerar rätt. Kan ej skriva. På ett ställe kranimetriskt exakt motsvarande bakre delen af öfre temporalvindel — således platsen för ordminnescentrum (WERNICKE) — finnes en svullnad och ett sår i huden. Sedan kraniet frilagts på detta ställe ses i tabula externa ett hål. Vidare konstateras vid trepanation, att den inre lamellen var bruten och att ett litet fragment perforerat dura. Sedan impressionen häfts inträdde mycket snart fullständig hälsa.

*Hj. von Bonsdorff.*

**SCHMIEGELOW: Bidrag til den otitiska Hjärneabsces's Diagnose og Behandling.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1, 25, 49.

Forfatteren meddeler först följande 2 Tilfælde af venstresidig Temporalabsces.

I. 12-årig Dreng med akut otitis media, 4 Uger gammel. Kort för Indläggelsen på Kommunehospitalets 1ste Afdeling fik han Opkastninger og blev sløv. Der var amnestisk Afasi, men ingen Pareser, Temp. normal; Dagen efter kom der højresidig Ansigtslamhed, Hyperæmi af venstre Papil; otoskopisk diagnosticeredes en akut Lidelse, særlig af Kuppelrummet, med mangelfuldt Udflod. Der foretoges Resektion af proc. mastoideus, hvorved fjærnedes en Del Granulationsmasser og pus. Dagen efter kollaberede han pludselig og døde. Ved Sektionen fandtes i venstre Temporalap en gåscægstor Abseeshule, udklädt med en 1 Mm.

tyk Pusmembran. Dura var sammenvoxen med tegmen tympani, der var kariöst.

II. 57-årig Mand med akut otitis media, 3 Uger gammel; det purulente Udflød behandlede med Udskylninger; 7 Uger senere optrådte pludselig et Bevidstløshedsanfald uden Kramper; det varede et Par Timer, og der indtrådte herefter amnestisk Afasi; han kunde gå på Gulvet, men syntes at falde lidt til højre Side; intet oftalmoskopisk. Der foretoges Resektion af proe. mastoid., hvis Celler vare fyldte med Granulationsvæv; i det Loftet i den benede Öregang bortmejsledes, udflød en Del pus fra eav. cranii media, hvorfor der fjærnedes et 2-krone-stort Parti af theca lige over Öregangen; dura, der var sammenvoxen med tegmen, var misfarvet. 4 Cm. fra Öregangen ovenfor og lidt bagtil punkteredes Hjärnen 2 Gange i en 3 Cm:s Dybde, men med negativt Resultat; Punktur nærmere Öregangen fjærnedes lidt grødet, puriform Vædske, og efter Spaltning af Hjärnevævet her udtømtes 2 Pravazsprøjter puriform Vædske; Kaviteten dræneredes efter Udskrabning; under stigende Temp. mors. Ved Sektionen viste det sig, at Öregangens Loft var karieret; da Tamponen fjærnedes, udflød en Mængde pus. Dura var sammenvoxet til tegmen tympani, og svarende til dette Sted fandtes i Temporalappen en dueægstor Absces, adskilt fra Overfladen ved et 2—3 Mm. tykt Lag Hjärnevæv; der var ingen Pusmembran. Hele første Temporalvinding og største Del af 2den vare uskadte.

I første Tilfælde anede man ikke, at der var en så stor Absces tilstede, der var ingen Feber, Pulsen normal, han kom gående til otoskopisk Undersøgelse; da den anamnesticke Afasi svandt efter et Par Dages Forløb, antoges den at være et Reflexfænomen, fremkaldt ved Exsudattryk i eavum tympani. Også i det andet Tilfælde var Diagnosen tvivlsom; der var ingen Hovedpine, nedsat Puls, Brækninger eller oftalmoskopiske Forandringer.

Forf. har samlet 54 Tilfælde af venstresidig Temporalabsces og fundet Taleforstyrrelser i 23 Tilfælde (42,6 %). Det Centrum, der er afficeret ved den sensoriske Afasi, ligger i 1ste Temporalvinding på venstre Side og i Randzonen på 2den; Abscessen behøver dog ikke direkte at afficere disse Partier, for at Afasi skal være tilstede; omvendt har man fundet Abscesser på det angivne Sted uden Taleforstyrrelser; Fænomenet fremkommer som et Tryk eller Reflexsymptom; som oftest ligger Abscessen nær tegmen tympani. Det må end videre erindres, at Afasi kan skyldes Lidelser andre Steder end i Temporalappen; den er således set ved epidurale Abscesser i fossa media.

Det 3dje Tilfælde af Hjärneabsces findes hos en 35-årig Mand, hvor en stor højresidig Temporalabsces fremkaldte mors 7 Måneder efter en aknt otitis og en 7 Måneder efter at denne var standset; i det aknte Stadium foretoges Resektion af proe. mast., og der åbnedes en Epiduralabsces; Tilfældene tabte sig herefter; nogle Måneder senere, da alt var lægt, kom der Hovedpine og Sløvhed, og Pat. døde af en i Ventriklerne perforeret Temporalabsces, der ikke blev diagnosticeret.

I 4de Tilfælde (27-årig Kvinde) var der en kronisk otitis media på venstre Side; der var Hovedpine, Opkastninger, Svulst og Ömhed

af proc. mast. Ved Resektionen af denne fjärnedes ostede Masser og stinkende pus. Slövheden tiltager, der er Stasepapil, hvorfor Diagnosen stilles på en Hjärneabsces, uvist, om i Temporallappen eller i cerebellum. Det tilsigtedes först at blotte Tindingelappen; men Pat. döde efter få Kloroforminhalationer. Sektionen viste en Cerebellumsabsces, ingen Sinustrombose, men en Epiduralabsces, der havde perforeret tentorium lige ved dens Tilhäftning til crista petrosa.

Endelig meddeles som 5te Tilfælde en Sygehistorie, der angår en 44-årig Kviude med kronisk höjresidig otitis media. Der var Hovedpine, Svimmelhed, höjresidig Facialispårese, Ömhed og Svulst af proc. mast.; ved Resektionen her fjärnes et stort Kolesteatom. Suppurationen vedbliver fra Öret, hvorfor Kuppelrummet åbnes, og de kariöse Vægge udskræbes. Der indtræder 11 Dage senere en komatös Tilstand, Krauiet åbnes 1 Fingersbred over og bagved Öregangen, og der udtømmes en Del stinkende pus fra Temporallappen; mors näste Dag. Ved Sektionen viste det sig, at der endnu lå en valnödstor Absces närmere tegmen tympani. I sin Epikrise henleder Forf. Opmærksomheden på, at det navnlig er i det nederste Afsnit af Tindingelappen, man kan vänte Abscesser; man gör derfor vel i fra Resektionssåret i proc. mast. at åbne Bunden af cav. cranii media, altså afmejsle Öregangens Loft og eventuelt tegmen tympani; man kan derved punktere nedenfra opefter og får sin Dränage på det mest deklive Parti.

Kr. Poulsen.

M. W. AF SCHULTÉN: **Bidrag till den operativa behandlingen af spina bifida.** Finska läkaresällsk. handl., bd 36, s. 720.

Efter en inledning, hvori skildras de olika slagen af spina bifida och deras patologiska anatomi, meddelar förf. tvänne af honom operativt behandlade fall.

1. Det första gälde en i nacken belägen svulst, täckt af normal hud, stor som en mindre knytnäfve hos ett  $\frac{1}{2}$  år gammalt barn. Vid operationen befans cystan bestå af två delar, en yttre säck, fylld med klar vätska, som ej kommunicerade med ryggradskanalen och under denna en mindre, som ej öppnas utan kunde reponeras. Här förelåg ett *meningocèle* af något komplicerad art; den yttre säcken bildades af dura och arachnoidea eller ock ett afstängdt subaraknoidealrum, den inre låg emellan arachnoidea och pia. God läkning efter operationen.

2. I det andra fallet — ett 6 månaders barn — fans på nedre delen af ryggen en med stilus försedd svulst 11 cm. lång, 8 cm. bred och lika hög. Stilus, hvars omkrets var 25 cm., nådde från höjden af sista eller näst sista ländkotan ned på korsbenet. Huden var normal utom på midten, där den var glänsande och spänd. Här förelåg ett *myelocysto-meningocèle dorsalis*. En yttre cysta extirperas, en inre, som vid frigörandet af stilus lederades, slutes. Barnet dog 3 dygn efter operationen i spinalmeningit. Måhända hade infektion af ryggmäragskanalen uteblifvit, om ej den inre säcken öppnats.

Samma operativa tillvägagående användes i hvardera fallet. På cystans båda sidor utskäres hudlambåer. Sedan säcken extirperats

lösgöras på sidorna om öppningen muskellambåer, hvilka sys mot hvarandra i ryggradens längdriktning, öfver dem sutureras huden.

*Hj. von Bonsdorff.*

**WILH. MEYER: Adenoide Vegetationer, deres Udbredelse og Alder.**  
Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 145, 173.

Dr. M. har besträbt sig for at påvise de adenoide Vegetationers Forekomst ikke alene i Evropa og hos den iranske Race, men også i de andre Verdensdele og hos de øvrige Raer. Han har udsendt en Mængde trykte Spørgsmål til Læger rundt om på Jordkloden, og ved de modtagne Svar fået Oplysninger om Lidelsens Optræden i de forskellige Verdensdele. Hyppigt synes den at forekomme i Grønland (73,3 %). Blandt Indianerstammerne i Nordamerika er Lidelsen ikke sjældent iagttagen. Kinesere have meget almindeligt adenoide Vegetationer. Ligeledes ere de iagttagne og behandlede i Bagindien (Siam) og de hollandsk-indiske Besiddelser.

Højest interessante Resultater er Dr. M. kommen til ved Studiet af Skulpturer, Malerier og Stik fra ældre Tider, i det han har leveret et stærkt Sandsynlighedsbevis for, at Antonio Canova og Carl V have haft adenoide Vegetationer, og ved at studere Skulpturene i Vatikanet kunde han påvise typiske »adenoide» Ansigter, hvis Ægthed enhver sagkyndig vil anerkende. De findes i Chiaramonte-Galleriet og ere mærkede Nr 80, 189 og 192.

*Schmiegelow.*

**TH. ROVSING: Kirurgisk Kasuistik fra Dronning Louises Børnehospital.** Det københavnske medic. Selskabs Forhandl. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 107, 187.

*I. Abscessus fossæ mediæ cranii. Temporär osteoplastisk Kranie-resektion. Helbredelse.*

Pat. var en 9-årig Dreng, der aldrig havde haft Örelidelse; 3 Uger inden Indlæggelsen ramte et Brändestykke ham i venstre Tindingeegn; der var intet vulnus, og han havde det godt i de første Par Dage. Der kom da Smerter og Opkastninger, som ophørte, da der 8 Dage senere udtömtes en Mængde ildelugtende pus fra Öregangen; på ny indfandt Smerterne sig, og der kom et Anfald af universelle Kramper. Der var ingen Temperaturforhøjelse, Pulsen 48. Der diagnosticeredes en extradural Absces i fossa media; det omtalte Travme antoges at have bevirket en Fraktur gennem tegnen tympani, og Infektionen var fra Öregangen herigennem nået op til Kraniets Hulhed; Abscessen havde da brudt igennem til cavum tympani og havde sprængt Membranen, i hvilken der sås en mindre Perforationsåbning. Der gjordes temporär osteoplastisk Resektion i Tindingeegnen ovenover Öregangen, basis af Lappen opad, og ved at føre en Sonde ned mod Overfladen af pars petrosa ndtömtes en betydelig Mængde ildelugtende pus. Dränage. Helbredelse.

II. *Impermeabel Ättningsstriktur af oesophagus. Gastrostomi. Retrograd Dilatation. Helbredelse.*

En 5-årig lille Pige var efter Moderens Sigende pludselig bleven syg for en Måneds Tid siden, i det et Stykke Åble blev siddende fast i Halsen. Herefter opkastede hun så godt som alt, hvad hun spiste; en Sonde standsede en 14 Cm. fra Tandrækken. Der gjordes œsophagotomia ext. på v. Side; selv en lang, tynd Sölvsonde kan ikke føres gennem cardia, der føles intet fremmed Legeme, men œsophagus er ulcereret og forsnævret, og det oplyses nu også, at Barnet har drukket af en Flaske med Natronlud. Et Par Dage senere göres Gastrostomi i 2 Seancer, og det lykkes nu at føre en fin Bougi gennem cardia op i œsophagus, senere et Gumukateter Nr 11 Charrière; herefter kan man også bouginere fra Munden af, hvorefter Gastrostomisåret lukker sig.

III. Tre Tilfælde af kongenit Hydronefrose.

1) *Hydronephrosis congen. dext. Lumbal Nyreæxtirpation. Helbredelse.*

9 Måneder gammel Pige, der strax ved Födslen præsenterede sig med en stor fluktuerende tumor i højre Side af Underlivet fra Kurvaturen helt ned i fossa iliaca, gående noget over i venstre Side af abdomen. Der er Opkastninger og Åndenød. Der göres Lumbalsnit parallelt med 12te costa; ved Aspiration udtømmes en 1800 Kcm. urinlignende Vædske, hvorefter tumor udskrælles og afbindes med Silke; Såret lukkes med dybe Katgutsuturer, overfladisk fiks de Florence. I Hydronefrosevædsken findes intet Urinstof, og kun en mikroskopisk Undersøgelse af den 3 Mm. tykke Sækvæg påviste Rester af snoede Urinkanaler. Temp. steg et Par Dage efter Operationen, hvorfor Såret åbnedes, og der udtømtes noget blodigt Sekret. Dränage, hvorefter Helbredelse.

Ved Undersøgelsen af Präparatet, på hvis øverste Pol Binyren sad, viste det sig, at ureter forløb, indlejret i Sækvæggen, først opad og udad, for den böjede over i det nedadgående Parti; der fandtes en Klap på den øverste Væg, hvor ureter udgik fra Kysten, hvad der tydede på, at Klappen måtte være en kongenit Dannelse og Årsag til Hydronefrosen, i Modsætning til SIMONS Teori, der opfatter Klappen som en sekundær Dannelse.

2) *Spina bifida og hydronephrosis cong. sin.*

8 Måneder gammelt Barn. Tumor som en knyttet Barnehånd. Operation afslås.

3) *Hydronephrosis cong. dext. Klappedannelse ved ureters Indmunding i Blåren.*

6 Måneder gammel Dreng. Der havde i den sidste Tid været laryngospastiske Anfald, og Barnet var en Del medtaget; vesica nåede til i Nærheden af proc. ensiformis; Kateterisation lykkedes kun ved at trykke et Sölvkateter godt nedad, der udtømtes en Del Urin uden albumen. Vandet tages stadig med en Del Besvær, Temp. stiger, og der



kommer mors. Ved Sektionen findes urethra normal; vesica er stærkt udspilet, lidt ovenfor og til højre for orificium int. findes en knaphullignende Åbning ved muskulöse Rande; den fører ind i en pigeonstor Kavitet, som atter nedad har en valnødstor Poche; Slimhinden i denne Sæk ligner Blæreslimhinden; i Sækken udmunder den dilaterede højre ureter. Højre Nyre hydronefrotisk udvidet, venstre Nyre normal. Det var kendelig nok den omtalte Poche, der vanskeliggjorde Kateterisationen.

Da en Hydronefrose hvad Öjeblik, det skal være, kan inficeres ad hämatogen Vej, hvad Taleren har set et Exempel på, råder han altid til Operation; er der ikke megen Sandsynlighed for, at Nyrevæv er bevaret, göres Nefrektomi; kan der föles fastere Partier i Svalsten eller denne ikke er så stor, vil han göre Nefrotomi og spalte en eventuel Forsnævring eller Klappedannelse.

#### IV. Et Tilfælde af dobbeltsidigt infiltrerende Nyresarkom.

2½ År gammel Dreng, der i sidste halve År er begyndt at skranke. Bägge Nyrer föltes betydeligt forstörrede, den venstre nåede næsten ned til spina; der var ingen Fluktuation. I bägge Parotidegne föltes en valnødstor fast tumor. Man tænkte på et dobbeltsidigt multilokulært Kystom, men kunde ikke udelukke Muligheden af en venstresidig sarkomatös Nyre og en Kompensationshypertrofi på højre Side. Der gjordes en explorativ venstresidig Lumbalincision: Nyren er forstörret til det 5-dobbelte, Punktur er negativ ligesom også en Incision lige til pelvis; det synes at dreje sig om en simpel Hypertrofi af Vävet. Nyrevävet forenes, efter at et Stykke var excideret til mikroskopisk Undersögelse, med Katgut; Incisionen lukkes komplet, og der indtræder primär Heling. Barnet döde en 3 Måneder senere under tiltagende Kakexi. Mikroskopien af det exciderede Stykke gav et infiltrerende Rundcellesarkom. Ved Sektionen vise Nyrerne sig at være 18 Cm. lange og 10 Cm. brede, Vävet gråligrödt farvet uden egentlig Nyretegning; de andre Organer fremböd intet særligt. Ved Mikroskopien af Nyrerne fandtes det rigelige interstitielle Väv stærkt isprængt med Rundceller, både i Bark- og Marvlaget; corpuscula Malpighii viste Kärneforögelse og Proliferation af Epitelet. Af Prosektor DAHL stilledes Diagnosen på et diffust infiltreret Rundcellesarkom i Forbindelse med en glomerulo-nephritis. Mikroskopien af Parotidesvulsterne viste en lignende Rundcelleinfiltration i det interstitielle Väv.

Under den påfølgende Diskussion meddelte Overkirurg TSCHERING, at han havde set et lignende Tilfælde som det sidst beskrevne; det var hos en voksen Mand, hvor bägge Nyrer, parotis, testes, Glanderne på Halsen og Leveren vare afficerede på en tilsvarende Måde med en diffus Rundcelleinfiltration. Prof. PLUM og HOWITZ ere mere tilbøjelige til at göre Nefrotomi ved Hydronefroserne, da der jo altid var Mulighed for, at noget Nyreväv kunde bevares. ROVSING anså en Nefrotomi på en stor Hydronefrosesæk for farlig, da der let kunde komme Infektion, hvorved en sekundär Nefrektomi blev en prekär Ope-

ration, anderledes, hvis den som i Talerens første Tilfælde göres primär under antiseptiske Forhold.

*Kr. Poulsen.*

HJ. VON BONSDORFF: **Pancreatitis gangränosa acuta.** Från kirurgiska kliniken i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 243.

Emedan en tarmocklusion ansågs föreligga gjordes buksnitt. Härvid iakttofs väl förändringar i bukhiinnan och nätet men ej pankreatiten, som först vid obduktionen igenkändes, då utom fettnekros i mesenterium och omentet äfven liknande degenerationer i själfva körtelväfnaden anträffades.

*Hj. von Bonsdorff.*

HJ. VON BONSDORFF: **Arterielt-venöst aneurysma på låret, behandladt med exstirpation.** Från kirurgiska kliniken i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 89.

Aneurysmet, uppkommet efter ett knifstygn, bestod af en knyt-nävestor säck, som hade utvecklats vid vena femoralis, hvars lumen genom en mindre öppning stod i direkt kommunikation med arterens inre.

*Hj. von Bonsdorff.*

M. W. AF SCHULTÉN: **Recidiverande osteomyelit och dess beroende af traumatiska inflytelser. Ett bidrag till olycksfallförsäkringens kasustik.** Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 195.

En 43-årig man hade vid 14 års ålder genomgått en aknt osteomyelit i nedre änden af lårbenet, haft ett recidiv 15 år senare och nu å nyo efter ett trauma insjuknat med svåra septiska symptom. Trots energiska operativa ingrepp ledde affektionen till död. Då mannen var olycksfallförsäkrad yrkade hans rättsinnehafvare att utfå försäkringssumman.

Efter framhållandet af nödvändigheten att vid dessa affektioner strax vid deras första uppträdande företaga en fullständig friläggning af hela sjukdomshården såsom enda sättet att förekomma de så vanliga och ofta farliga recidiven, diskuterar förf. kausalsammanhanget mellan trauma och benmärgsinflammation. Om vid första insjuknandet detta ännu är osäkert framhålles åsikten af traumat som framkallande orsak vid uppkomsten af recidiv, såsom i allo plausibel.

Då försäkringsgifvaren i detta fall vägrade att utbetala beloppet berodde detta på en bestämmning i försäkringsstadgarna, enligt hvilken ersättning erhålles blott i fall att skadan träffat en förut frisk och färdig kroppsdela. Den tidigare benåkomman hade vid försäkringens afslutande af försäkringstagaren förtegats.

*Hj. von Bonsdorff.*

ARTHUR AF FORSELLES: **Ett fall af muskelbräck.** Finska läkaresällskapetshandl., bd 37, s. 258.

Jämte det förf. redogör för ett af honom iakttaget fall af muskelhernia i muse. biceps brachii hos en 71-årig man meddelar han en sammanställning af 32 i literaturen bekantgjorda fall af muskelbräck. Dessa gälla m. adductor longus i 19 fall, m. tibialis anticus i 7, m.

biceps brachii i 2; de öfriga fallen hänföra sig till skilda muskler i kroppen.

*Hj. von Bonsdorff.*

R. FALTIN: **Bidrag till psevdartrosernas behandling.** Från kirurgiska kliniken i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl., bd 36, s. 607.

Sammanställningen omfattar 14 psevdartrosor och 2 försenade konsolideringar, alla hänförande sig till extremiteternas långa ben; olecranon, patella och collum femoris hafva ej medtagits. 4 fall gälla femurdiafysen, 5 tibia och fibula, 1 tibia ensam, 2 humerus, 1 ulna och radius, 2 radius och 1 ulna; de försenade konsolideringarna gälla underbenet. Af dessa må ett par, i etiologiskt hänseende intressanta, här i korthet omnämnas. Vid operation för psevdartos i lårbenet hos en gravida i 4:de månaden fans ett interponerat muskelknippe. Oaktadt detta aflägsnades, inträdde ej konsolidering förr än efter partus, då fast benläkning uppstod inom mycket kort tid. — Ett annat fall gälde en intrauterint uppkommen fraktur på underbenet efter en stöt mot buken 6 veckor före partus. Då barnet 4 år gammalt kom till behandling bildade fragmenten på nedre delen af crus en bakåt öppen vinkel, 70° stor.

Blott i fallen af försenad konsolidering inträdde läkning endast genom yttre medel. I alla öfriga fall har resektion af den falska leden utförts, i 10 fall var en operation nog, 3 fall läktes först efter förnyadt ingrepp, vid en tibia-psevdartos utfördes 4 operationer utan åsyftadt resultat. Vid fixation af fragmenten användes 10 gånger sutur med silfvertråd, en gång med katgut; 5 fall behandlades med en i bennmärgen införd elfeubensstapp, i enstaka fall hafva ofvan anförda båda metoder kombinerats. En gång förenades benändarna med på dem fästade tunna elfebenskenor. Dessutom har i ett fall försökts att fixera fragmenten genom att införa det undres tillspetsade ände i det öfres märgkanal.

*Hj. von Bonsdorff.*

ALI KROGIUS: **Ett fall af kongenital luxation i knäleden med total defekt af patella.** Finska läkaresällsk. bandl., bd 37, s. 185.

Hos ett nu 2 $\frac{3}{2}$  år gammalt kraftigt och annars välskapadt barn iaktogs vid partus — 1:sta hjässläget — att högra benet var slaget upp öfver bröstet och axeln. Patella saknas helt och hållet. Öfre änden af tibia skjuter framför och öfver nedre änden af femur, hvars kondyler palperas i fossa poplitea. I knäleden är hyperextension möjlig till 120°, flexion 90°, abduction 120°, adduktion 150°, dessutom höggradig lateral rörlighet. Reposition sker med lätthet genom att draga i underbenet och samtidigt utöfva tryck mot ledytorna, hvilka dock strax återtaga sin abnormalt plats. Benet är 4 cm. förkortadt, hvaraf efter reposition blott 2 cm. kvarstå.

*Hj. von Bonsdorff.*

GEORG LARSEN: **Hudgangrän som Fölge af Tryk på höjre ulnaris.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 83.

En 13-årig Dreng fik en kileformet suprakondyloidär Fraktur af nederste Ende af humerus på venstre Side med Forskyding bagtil af

nederste fragmen; den bandageredes retvinklet, udrettedes dog 1 Gang om Ugen under Kloroform. Funktionen blev ganske god. To Måneder senere klagede han over Snurren langs Armens Ulnarrand, og den lille Finger var let paretisk. 5 Måneder efter Frakturen kom der Gangrän af denne Fingers yderste Spids; efter Afstødningen svandt Paresen lidt efter lidt.

*Kr. Poulsen.*

ROSING-HANSEN: **Död af Äternarkose eller Anämi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 85.

Den  $\frac{1}{10}$  94 indlagdes en 32-årig Kvinde med total placenta prævia på Födelsstiftelsen; der havde været stærke Blødninger, og hun var meget anämisk; Dagen efter gjordes under Äternarkose Vending og Fremtrækning, placenta udtoges uden videre Blødning. Til Narkosen, der varede 35 Minutter, brugtes 120 Kem. æther anæstheticus (anhydrous); den afbrödes, da Pulsen blev lille, og der gaves da en venös Saltvandsinfusion (1 Liter); hun rettede sig strax, men kollaberede nogle Timer senere under besværlig Respiration og døde. Ved Sektionen påvistes et meget betydeligt Lungeödem.

Forf. er inest tilbøjelig til at tro, at Lungeödemet er fremkaldt ved Äteren og henviser i så Henseende til de for nylig af POPPERT refererede Tilfælde (Deutsche med. Wochenschr. Sept. 1894). Han anfører 2 andre Äternarkoser på Stiftelsen; 9 Timer efter den første indtrådte mors, og Lungerne vare ligeledes stærkt ödematöse; under den anden kom der stærk Cyanose og besværlig Respiration med Slimrallen, så Pat. var nær ved at dö; efter Narkosen var der stærk Hoste (samme Pat. fälte godt en senere foretaget Kloroformnarkose).

*Kr. Poulsen.*

E. A. TSCHERNING: **Spaserebandager.** Bibl. f. Lager, R. 7, Bd 6, S. 38.

Medens man tidligere behandlede Frakturer med inamovible Bandager, er som bekendt den mere ambulante Behandling i de senere År kommen i Mode. Forf. har forsögt den i den sidste Tid og befundet sig vel derved. Den inamovible Bandage har kun det Værd at hindre Deviation; en skævt helet Fraktur frembyder i alt Fald på Underextremiteterne så mange Gener for Patienten, at den på alle Måder må söges undgået. Derfor vil det være urigtigt at unnlade Bandagering i alle Tilfælde; den kan unnlades, hvor der ingen Deviation er, eller hvor denne ikke kan undgås; endelig, hvor Deviationen ikke söges udrettet, f. Ex. ved indkilede Frakturer. Ved Spaserebandagerne sörges man for, at de Frakturen tilgrænsende Led holdes så frie som muligt; end videre får Pat. tidlig Lov til at stötte på Benet; der opnås herved, at der sjældnere indtræder Stivhed i Leddene; Konsolidation af Bruddet forsinkes i alt Fald ikke ved denne Behandling. Men Bandagen må slutte nöje til Extremiteten; den kan derfor ikke strax anlægges, da den betydelige Svulst vil hindre en nöjagtig Kontakt. I den første halve Snes Dage behandles Frakturen med Sängeleje, Elevation, Is, Massage; derefter lægges et simpelt Bind på Extremiteten og her udenpå Appreturbind; når Bandagen er fast, får Pat. Lov til at komme

op, går først med Krykker og sætter så lidt efter lidt Benet til. Ved Crusfrakturer går Bandagen fra condyli tibiæ ned omkring malleoli, bøjleformet omsluttende Hälen (Tegning medfølger), så at Knä- og Fodled ere frie, ved Femurfrakturer fra tuber ischii til malleoli. Bandagerne skiftes efter en 14 Dages Forløb. Intraartikuläre Frakturer i Knäleddet egne sig ikke godt for fastsiddende Bandager; der optræder let en betydelig Stivhed; Forf. behandler dem derfor med Massage og små Bevægelser og anvender en aftagelig Bandage mellem Seaneerne.

Også ved Koxiter, Resektioner har Forf. anvendt Spaserbandager; her gælder det om at aflaste hele Extremiteten, hvad der sker ved Hjælp af et Extremiteten bøjleformet omsluttende Stykke tyk Ståltråd (Hegnstråd); en Tegning viser, hvorledes det ene Ben af Bøjlen når helt op til trochanter major, medens det indvendige Ben ligger på Extremitetens indvendige Side. sluttende sig nøje ind i sulcus infranatum; Slyngen fastgøres med Appreturbind, og Pat. går på den under Foden fremragende Del af Ståltrådslyngen; en høj Sål på den sunde Side udjævner Højdeforskellen. Ved en sliq Bandage lindres temmelig hurtigt Smerterne, og Pat. formår at bevæge sig i fri Luft, hvad der har stor Betydning for Behandlingen af de tuberkulöse Ledlidelser. Hvor det i det hele gælder om at aflaste Extremiteten i dens Helhed, har den sidstnævnte Spaserebandage gjort god Nytte.

*Kr. Poulsen.*

O. HECKSCHER: **Om Mangler ved Indpakning af sterile Forbudingsstoffer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 113.

O. BLOCH: **Samme Titel.** S. St., S. 138.

Forf. gör Forslag om en bedre Indpakning af Forbindingsstofferne, navnlig mener han, at man burde lægge et Lag Pergamentpapir udenom Filtrepapiret. Overkirurg O. BLOCH antager, at Pergamentpapiret som impermeabelt muligvis vil vanskeliggøre en sikker Desinfektion; end videre vil det let bevirke, at det indenfor liggende Filtrepapir vil blive fugtigt, hvorved Vattet senere kan blive inficeret.

*Kr. Poulsen.*

NYROPs Etablissement: **Instrumentväsen.** Ugeskr. f. Læger. R. 5, Bd 2, S. 126.

Afbildning og Beskrivelse af MURPHYS Anastomoseknap.

*Kr. Poulsen.*

**Psykiatri:** C. G. GÆDEKEN: To populære Foredrag om Sindssygdom. — I. WIDERÖE: Om amentia. — H. S. CHRISTENSEN: Om delirium acutum, særligt med Hensyn til Åtiologien. — F. MEYER og P. HEIBERG: 690 Hjernevejninger fra St. Haub Hospital. — CHR. GEILL: Om Reformen af Sindssygevæsenet.

C. G. GÆDEKEN: **To populære Foredrag om Sindssygdom.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 25, 53.

Påviser Vanskeligheden ved at diagnosticere Sindssygdom og afgøre, om en Patient, som lider heraf, bør indlægges på en Anstalt eller ikke. Ingen andre end Lægerne ere kompetente hertil; men det var i høj Grad ønskeligt, om der fra Lovgivningsmagtens Side blev truffet nærmere Bestemmelser, som fastslå de sindssyges retslige Stilling og afgrænse Lægernes Forhold ved deres Indlæggelse i Anstalten, Udtagelse af denne o. s. v.

*P. D. Koch.*

I. WIDERÖE: **Om amentia.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 89—114.

Til statistisk Brug er der for de norske Asyler fastsat en Sindssygdomsnomenklatur, blandt hvilke Former også amentia er opført. Efter en kortere Redegørelse for disse Sindssygdomsformers Historie, der af MEYNERTS er givet Fællesbetegnelsen amentia, og som i det væsentligste svarer til WILLES Nerwirthheit, MENDELS delirium hallucinatorium og CHASLINS confusion mentale primitive o. s. v., karakteriserer Forfatteren Tilstanden omtrent således. Sygdommen er en akut, subakut eller endog kronisk Psykose, hvis vigtigste Symptom er Forvirring, oftest ledsaget af Illusioner og Hallucinationer, vexlende Stemning, stupor eller Agitation, og hvis Årsag hovedsagelig må søges i almensvækkende Indflydelser som Lejlighedsårsag hos disponerede Individuer.

Efter indgående at have omtalt de enkelte Symptomer, deres Rækkefølge og indbyrdes Sammenhæng samt Sygdommens Forløb, omtales kort Differentialdiagnosen. Endelig meddeles som Exempel 2 Sygehistorier, den ene med en akut, den anden med subakut Optræden, det første Tilfælde under begyndende Angst og derpå vedvarende Uro, det andet med begyndende Agitation og derpå følgende overvejende stuporøs Tilstande.

*H. Holm.*

H. S. CHRISTENSEN: **Om delirium acutum, særligt med Hensyn til Åtiologien.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 117, 156.

Forf. har fra Sindssygeasylet ved Århus samlet 33 Tilfælde, som formenes at høre hen under den i Overskriften nævnte Sygdomskategori. Deraf vare 23 Kvinder, 10 Mænd. De fleste Tilfælde vare mellem 25 og 45 År. Hos 19 af de syge kunde der ikke påvises nogen organisk Lidelse udenfor Centralnervesystemet, hos de øvrige 14 fandtes dels forskellige Infektionssygdomme, dels cancer ventriculi, puerperium og

Alkoholisme, som måske kunne have stået i Årsagsforhold til Sygdommen i Hjærnen. 25 af Patienterne døde. Der meddeles 11 Sygehistorier.

*P. D. Koch.*

F. MEYER og P. HEIBERG: **690 Hjernevejninger fra St. Hans Hospital.** Bibl. f. Læger, R. 7. Bd 6, S. 125.

Siden 1883 ere Hjerneerne blevne vejede ved så godt som alle Sektioner på St. Hans Hospital. Forfatterne have underkastet Resultatet af disse Vejninger en nærmere Undersøgelse. Efter at så vel de højeste som de laveste Vejninger og alle tvivlsomme Tilfælde ere udsnudte, er der som Gennemsnitsvægt hos Individder over 20 År for de mandlige Hjærner fremkommet 1320 Gm, for de kvindelige 1177 Gm. Fåles for de mandlige og de kvindelige Hjærner er, at de ikke periencefalitiske Hjærner vise et Vægttab efter det 60de År, sandsynligt allerede efter det 50de År. For de mandlige Hjærners Vedkommende var Gennemsnitsvægten henholdsvis 1352 og 1303 Gm, for de kvindelige 1205 og 1164. Fremdeles have de periencefalitiske Hjærner en betydelig ringere Vægt end de ikke periencefalitiske, nemlig for de mandlige henholdsvis 1303 mod 1352, for de kvindelige 1150 mod 1205 hos Individder under 60 År.

Til Sammenligning med Hjærner hos sindssunde Individder foreligger et brugbart Materiale hos R. BOYD (Philosophical Transactions 1861), i det han har benyttet samme Metode som Forfatterne og vejet Hjærnen med de bløde Hinder, efter at Sideventriklerne ere åbne og den serøse Vædske løben fra. Det viser sig herved, at, når bortses fra de periencefalitiske Hjærner, er der ingen væsentlig Forskel mellem sindssyge og sindssunde Individder.

Forfatternes periencefalitiske Hjærner hidrøre alle fra Patienter, der led af dementia paralytica, hvorved altså denne Sygdoms Særstilling indenfor Psykoserne yderligere betones.

*P. D. Koch.*

CHR. GEILL: **Om Reformen af Sindssygeväsenet.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 73.

Replik til Dr. FLINDT, i hvilken Forf. hävder Nödvendigheden af större Enhed i det overordnede Tilsyn med Sindssygeväsenet og af, at det i alle Tilfælde bliver Lägen — og ikke Politiet —, som afgör, om en Person er sindssyg og tränger til at indläggas på en Anstalt.

*P. D. Koch.*



**Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:** E. EHLERS: Til Syfilidologiens 400 Års Jubilæum. — CARL EKELUND: 125 fall af gonorrhé, behandlade enligt den JANETSka metoden. — MAGNUS MÖLLER: En ovanlig form af acne (acne teleangiectodes exulcerans). — A. HASLUND: Dermatitis herpetiformis (DUHRING). — EHLERS: Svar til Landfysikus SCHIERBECK. — EHLERS: Endnu nogle Ord vedrørende den spedalske Sygdom på Island. — HALLDORSSON: Svar til Dr. med. EHLERS. — EHLERS: Svar til Kontorchef HALLDORSSON.

E. EHLERS: **Til Syfilidologiens 400 Års Jubilæum.** Foredrag i medic. Forening. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 693.

Kort og livligt skrevet Udtog af Syfilis's og Syfilidologiens Historie. *R. Bergh.*

CARL EKELUND: **125 fall af gonorrhé, behandlade enligt den Janetska metoden.** Hygiea 1895, 1, s. 56.

Under det förlutna året har på d:r WELANDERS afdelning å sjukhuset Sankt Göran i Stockholm 125 fall af gonorrhé hos män (dels enkel, dels komplicerad) behandlats medels de af JANET rekommenderade irrigationerna med lösningar af öfvermangansyradt kali. Förf. redogör här för den därvid använda metoden och de resultat, som med denna behandling vunnits. — I afseende på tekniken tillrådes att utföra sköljningarna med minst  $1\frac{1}{2}$  meters vätsketryck, att använda af vulkaniserad kautschuk förfärdigade koniska kanyler, som vid spetsen hafva högst 2 mm:s lumen, att vid operationens början långsamt öppna kranen så att trycket endast småningom stegras, att alltid börja med en svag lösning 1 : 4,000 och långsamt stiga till 1 : 2,000, högst 1 : 1,000. — I alla de anförda fallen har metoden börjat användas först då de mest akuta inflammationssymptomen lagt sig, sköljningarna upprepats endast en gång om dagen, och deras resultat kontrollerats medels undersökning på gonokockens förekomst i sekretet. — I afseende på metodens användbarhet vid komplicerande inflammation i sädessträng, bi-testikel eller prostata anser författaren rättast att ej ingripa med någon lokalbehandling af gonorrhéen, så länge den komplicerande inflammationen befinner sig i det mest akuta stadiet, men har icke sett någon olägenhet af metodens användning vid epididymit, så snart febern och smärtorna upphört (54 fall, hvaraf endast 3 med negativt resultat), snarare synes exsudatets resorption i de flesta fall däraf påskyndats.

Indikationen för metodens användning bör enligt förf. något inkränkas, nämligen till endast sådana fall af uretrit där gonokocker äro orsaken och fortfarande äro påvisbara i sekretet. Den omständighet, att prognosen ställer sig gynsammast i subakuta och kroniska fall, ger en fingervisning, när sköljningarna i ett akut fall böra tillgripas. Såsom viktig indikation gäller lokalisation i bakre delen af urinröret. — En olägenhet med metoden äro de stundom uppträdande symptomen af blåsretning, hvilka dock vanligen snart försvinna. Deras

orsak är användning af för starkt koncentrerad lösning eller redan förut befintlig cystit.

Förf. sammanställer de med metoden vunnna resultaten i 3 tabeller, omfattande: A) okomplicerade gonorrhéer, B) gonorrhéer komplicerade med epididymit och C) gonorrhéer med andra komplikationer. I allmänhet synas de subakuta och kroniska fallen hafva gifvit de bästa resultaten. Den komplicerade gonorrhéen har påverkats hastigare och bättre än den okomplicerade.

Slutligen meddelas en kortfattad kasuistik af 9 fall.

*Sederholm.*

**MAGNUS MÖLLER: En ovanlig form af acne (acne teleangiectodes ex-ulcerans).** Hygiea, 1895, I, s. 191.

Förf. meddelar sjukhistorien om en 53 år gammal kvinna, hos hvilken från febr. till maj 1894 utan upptäckbar anledning utvecklade sig en ovanlig svår form af acne. Den utgick från näsborrarna, där den började med sårnader och krustbildningar och utbreddes sig öfver huden å näsans mjuka del med en utlöpare i öfverläppens midt samt några få spridda efflorescenser å andra delar af ansiktet. Huden är å de angripna delarna starkt cyanotiskt rodnad med tunn epidermis, utan ojämhu, sammansatt af hagelstora och mindre, platta knölar, här och hvar täckt af vaxgula krustor, under hvilka man påträffar antingen den tunna vätskande epidermis eller ytliga exkorationer eller djupare skarpkantade ulcerationer. Ulcerationerna läkas långsamt med ytlig ärrbildning. Processens hufvudsakliga säte är hufvudfolliklarna, hvilka angripas en och en i grupp, bildande lätt upphöjda, röda, ömmande knotttror och endast sällan utvecklande sig till utseendet af vanliga acnepustler. Slemhinnan är till 1 cm. från näsöppningarna rodnad och eroderad med ragader i randen.

Efter att på grund af förlopp och utseende hafva uteslutit lupus och syfilis, kommer förf. till den slutsats, att sjukdomen är en ovanlig form af acne och betecknar den som en *acne teleangiectodes exulcerans*.

*Sederholm.*

**A. HASLUND: Dermatitis herpetiformis (Dühring).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, s. 1, 38, 68, 92, 127. (Särtryk 43 S.)

Förf. leverer först en til Dels kritisk Översigt over den Literatur, som knyter sig til den af DÜHRING i 1884 opstillede dermatitis herpetiformis og dvæler særligt ved DÜHRINGS egen Skildring af Lidelsen og dens væsentligste Karakterer, Polymorfien, Kløen, det langvarige Forløb med mange Recidiver og den ringe Liden af Almenbefindendet. Han gængeingår derefter BROGAS Arbejde (1888) over denne Affektion, så vel som UNNAS (1889).

Förf. går over til at afhandle Sygdommens Væsen og Natur, dens prætenderede nervøse Oprindelse, Muligheden af Avtointoxikation ved Levkomainer, Indflydelse af Alkoholisme og Syfilis; dernæst omtaler han det Lidet, som vides fra forefaldne Sektioner. Diagnostiken afhandles, med særlig Hensyntagen til de af DÜHRING udhævede Kardinalsymptomer. Derefter omhandles Behandlingen, både den udvendige og

den indre. — Forf. refererer dernäst med omhyggelige Epikriser 8 af ham iagttagne Tilfælde, af hvilke de 7 hidröre fra Kommunehospitalet; de 7 angik Individider af Mandkönnen; ét var et Barn på 8 År, de övrige vare 19—50 År gamle. Det ene maligne Tilfælde endte med Döden; men Sektionen gav ingen väsentlige Oplysninger. Et enkelt Tilfælde var subakut, de övriga kroniske; det ene Individ havde haft sin Lidelse i 12 År.

*R. Bergh.*

**EHLERS: Svar til Landfysikus Schierbeck.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 18.

**EHLERS: Endnu nogle Ord vedrörende den spedalske Sygdom på Island.** S. St., S. 75.

**HALLDORSSON: Svar til Dr. med. Ehlers.** S. St., S. 101.

**EHLERS: Svar til Kontorchef Halldorsson.** S. St., S. 132.

Polemiske, til Dels skarpe Bemärkninger i Auledning af Dr. EHLERS's Meddelelser om Spedalskheden på Island.

*R. Bergh.*

**Obstetrik och gynekologi:** GARMANN ANDERSEN: Fötal tumor som Födelsehindring. — O. ENGSTRÖM: En symfyseotomi. — A. ULRIK: Subkutant Emfysem, opstået under Födelse. — G. HEINRICIUS: En andra serie af hundra laparotomier.

GARMANN ANDERSEN: **Fötal tumor som Födelsehindring.** Norsk Mag. f. Lægevid. 1895, S. 122—124.

I-para; ved Forfs Ankomst var Hovedet født, ligeså en Del af Skulderpartiet. Konens Underliv ndspændt, Fosterdele ikke følbare udvendig, ingen Fosterlyd. Efter nogle Timers Forløb var Fosteret født til Navlen, velskabt; Jordemoderen havde afnavlet Barnet. Trækning på Fosterkroppen mødte stark Modstand. Under den videre Forløsning viste denne sig at skyldes en meget stor (Vægt omtr. 1500 Gm) multilokulær Cyste, der udgik fra Barnets Sakralparti.

*N. A. Quisling.*

O. ENGSTRÖM: **En symfyseotomi.** Finska läkaresällsk. handl. 1894, s. 651.

Förf. meddelar sitt fall icke för att försvara denna operations berättigande och ej håller för att beteckna de gränser, inom hvilka den giver önskad framgång, utan för att bidraga till att ådagalägga, huru lätt utförd och huru ofarlig operationen kan vara. Bäckennmåt: Spinæ ilei 26 cm., cristæ ilei 27, trochanteres 28,5, Baudelocquii 19, conjugata diagonalis 9,5. Patientens första förlossning var en nedre dels förlossning; fostret vägde 4,100 gm, extraherades, dött. Den andra förlossningen, hvarvid symfyseotomin gjordes, började d.  $30\frac{3}{4}$  1893 kl. 10 e.m. då vattnet afgick. D.  $1\frac{1}{5}$  kl. 4 f.m. var modermunnen fullständigt utvidgad. Samma dag kl. 9.40 f.m. gjordes operationen. Hudsnittet i kroppens längdriktning, symfyssen genomskars uppifrån nedåt jämte lig. arcuatum. Fostret extraherades med TARNIERS tång. Såret hopsyddes med silkessuturer genom de mjuka delarna och peristotet. Vid tångextraktionen skall symfysändarna ha skilts sig från hvarandra 3 cm. Puerperiet normalt. Pat. ntskrefs frisk d.  $21\frac{1}{5}$ . I december samma år bildade sig en abscess i symfystrakten, som öppnade sig själf och läktes om ett par veckor.

*Torngren.*

A. ULRIK: **Subkutant Emfysem, opstået under Födelse.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 121.

Patienten var en 28-årig förstefödende, som efter at have født en dödfødt Tvilling pludseligt var bleven nde af Stand til at fortsætte Födelsarbejdet, der ved Forfs Ankomst havde varet omtr. 10 Timer. Den første Tvilling var født for omtr.  $1\frac{1}{2}$  Time siden. Da Veeerne herefter havde rejst sig igen, havde Konen på Jordemoderens ivrige Opfordring presset stærkt på, og under en sådan Anstrængelse var der pludseligt opstået en stærk Hævelse af Patientens Ansigt og Hals, hvor-

efter Veeerne strax standsede uden senere at vende tilbage. Födselen fuldendtes ved Tang; også denne Tvilling var dödfödt. Hävelsen, der indtog Kinderne, hele Halsregionen og den överste Del af Brystets Forflade over i Axillen, viste sig at väre et subkutant Emfysem. Lungernes Stetoskopi normal, og hnu havde aldrig haft nogen Lungelidelse. Der var nogen Ömhed og Smerte i de angrebne Partier samt noget Synkebesvär, der dog svandt efter et Par Dages Forlöp. Efter 14 Dage var Emfysemet fuldständigt svundet. Forf. gör nogle Bemärkninger om Emfysemets Oprindelse.

F. Nyrop.

G. HEINRICIUS: **En andra serie af hundra laparotomier.** Finska läkare-sällsk. handl. 1894, s. 685.

Förf. anför först de enskilda fallen, hvilka alla opererats mellan d. 28 juni 1892 och 19 sept. 1894; därpå grupperar han operationerna på följande sätt: *Ovariotomier* för nybildningar i ovarierua 47 (15 enrummiga cystor, 17 kystom, 1 sarkom, 1 fibrosarkom, 3 dermoidecystor, 6 småcystig degeneration, 1 obestämd, 2 parovarialecystor, 1 kystom med varigt innehåll), mortalitet 10,6 %. *Ovario-salpingektomier* för inflammatoriska förändringar 17 (6 fall utan adherenser till angränsande organ, 4 fall med adherenser till tarm, 5 fall af pyosalpinx), mortalitet 11,8 %. *Myomotomier* 13, mortalitet 0; totalexstirpation af uterus 2, mortalitet 50 %. *Ventroxixation* utan annan operation 8, mortalitet 0. *Kastration för myom* 5, mortalitet 0. *Exstirpation af tuber och ovarier för uterinblödning* 1 fall, mortalitet 0. *Exstirpation af tuber och ovarier vid tubargraviditet* 1, vid *hæmatosalpinx* 3, mortalitet 0. *Exstirpation af pancreascysta* 1, mortalitet 0. Laparotomi utan exstirpation vid tuberkulös peritonit och omental cysta 2, mortalitet 0. Totala mortaliteten vid alla 100 laparotomierua är 8 %.

Slutligen beskriver förf. förberedelserna till operationerna och behandlingen efter operationen.

Törngren.

---

**Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:** H. V. ROSENDAHL: Lärobok i farmakognosi, häft. 1 (Phæo-phyce—Rosaceæ). — SEVED RIBBING: Terapeutisk recepthandbok på grundvalen af de nordiska ländernas farmakopéer för studerande och läkare. — S. HOLTH: Lyset, vor gule Öjensalve og de sædvanlige Salvekrukker.

H. V. ROSENDAHL: **Lärobok i farmakognosi,** häft. 1 (Phæo-phyce—Rosaceæ). W. SCHULTZ' förlag. Upsala 1895. 128 sidor 8: v med 70 träsnitt i texten.

Ehuru den svenska medicinska lärobokslitteraturen i framlidne professor FRISTEDTS »Lärobok i organisk farmakologi» sedan länge egt ett utmärkt arbete, som i många riktningar ännu väl fyller sin plats, har dock på grund af förändrade kraf behovet af en ny, mer kortfattad lärobok i farmakognosi gjort sig gällande. Särskildt hvad ämnets rent

botaniska del beträffar vore för medicine studerande en mindre detaljerad framställning önskvärd. Dessa kraf har den nya lärobok varit afsedd att fylla, hvaraf nyligen första häftet utkommit. Materialet är i detta liksom i det äldre arbetet ordnad efter botaniskt system. När det fullständigt utgifvits, kommer det att omfatta *dels* alla i de nordiska länderna, Sverge, Norge, Danmark och Finland, officinela droger, *dels* åtskilliga på apoteken vanligen tillgängliga folkmedel ur växt- eller djurriket, *dels* äfven ett antal »hufvudsakligast från teknisk och bromatologisk synpunkt viktiga, organiska råämnen, hvilka i ett eller annat hänseende erbjuda medicinskt eller farmaceutiskt intresse».

För hvarje drog beskrives moderväxten i korthet. Hufvudvikten ligger på den därefter följande drogbeskrifningen, som mångenstädes förtydligas af de i texten tryckta bilderna; i samband därmed lemnas äfven antydningar om drogens histologi. Därefter meddelas en uppräknig eller kort öfersikt af drogens beståndsdelar, hvartill slutligen fogas några notiser om dess historia och praktiska användning.

Arbetet är afsedt att utkomma i 4 häften, det sista i början af nästa år. I sluthäftet skall meddelas en diagnostisk karta, utvisande drogernas hemland och utbredning, vidare en botanisk-farmakognostisk öfersikt af drogerna jämte de ur dem framställda preparaten, maximaldoser m. m.

U. G. Santesson.

SEVED RIBBING: **Terapeutisk recepthandbok på grundvalen af de nordiska ländernas farmakopéer för studerande och läkare.** Lund, GLENERUP förlag 1894. 387 sidor duodes.

Föreliggande arbete afser att utgöra en ersättning för N. J. BERLINS »Commentarius medico-practicus», motsvarande de förändrade kraf, som terapiens utveckling medfört. Boken är affattad på svenska språket och upptager utom den svenska farmakopéens preparat äfven de i norska, danska och finska nu gällande läkemedelsböcker förekommande medel. Ur militärfarmakopéer samt från andra håll äro blott enstaka preparat hemtade; särskildt hafva åtskilliga nyare läkemedel, som mycket användas, men hvilka ännu icke influtit i de nordiska ländernas farmakopéer, här uppmärksammas.

Efter en kort inledning meddelas en *allmän receptlära*, kort angifvande och med exempel förtydligande sätten att skriva recept på de olika läkemedelsformer, som i praktiken vanligen förekomma — ett särskildt för medicine studerande mycket nyttigt och kärkommet kapitel. Följer så den *speciela receptläran*. Å hvarje preparat eller drog meddelas mestadels efter namnet (och synonymier) antingen — vid preparaten — en kort beskrifning på deras fysikaliska egenskaper eller — vid drogerna — uppgift om de verksamma beståndsdelarna. Vidare angifvas i korthet medlets verkningar, användning och dosering, hvarefter — och detta torde vara för arbetet särskildt utmärkande — i flertalet fall meddelas flere eller färre fullständiga receptformler, hvart det i fråga varande medlet ingår. — Mot slutet anträffas åtskilliga praktiskt nyttiga notiser, såsom beskrifning på beredning af »köttlösning» och flere pankreaspreparat, nutrierande lavemang, medikamentösa bad o. d., vidare en öfersikt af hälsovatten, hälsokällor, klimatiska

kurorter och vattenkuranstalter samt en dylik af de vanligare förgiftningarna och deras behandling. Särskilda barndoser anföras i den speciela delen af arbetet vid resp. preparat. I en särskild förteckning upptagas namnen på de mera framstående in- eller utländska läkare, från hvilka åtskilliga af de i arbetet anförda receptformlerna äro hemtade.

Bokens format och utstyrelse lämpa den samma särdeles väl för sitt ändamål att vara praktikerus följeslagare i hans verksamhet.

*C. G. Santesson.*

S. HOLT: **Lyset, vor gule Öjensalve og de sædvanlige Salvekrukker.**  
Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 13—22.

På Grund af den gule Öjensalves store Betydning som et af vore viktigste og uundværligste Medikamenter, og på Grund af at Salven meget let dekomponeres, har Forf. gjort en Del Undersøgelser og Experimenteer for at få en holdbar gul Salve. Han er kommen til det Resultat, at den eneste Årsag til Dekompositionen ligger i Lysets reducerende Indvirkning på Oxydet; han benytter nu Salven efter følgende Formel:

Rp.: Oxydi hydrargyrici flavi 0,5—0,20.  
Lanolini purissimi ana 2,50.  
Aq. destill. coct. Vaselini flavi Chesebrough 5 Gm.

M. d. ad ollam non pellucidam cum operculo ligneo nigro.

Forfatteren gör också opmärksom på, at flere ved Hudsygdomme i Salveform anvendte Medikamenter heller ikke tåler Lysets Påvirkning, og mener derfor, at Apotekerne udelukkende burde före lystätte Krukker.

På Forfatterens Opfordring har GEORG WENDEROTH, Cassel, forsøgt at fremstille lystätte Krukker af Porcelain, hvilket nu er lykkedes ham.

*Halfdan Hopstock.*



**Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:** Kongl. medicinalstyrelsens kungörelse angående af kongl. maj:ts fastställda förnyade stadganden om hvad iakttagas hör vid rättskemiska undersökningar; gifven i Stockholm d. 9 febr. 1894, och kongl. medicinalstyrelsens cirkulär till läkare och apotekare i riket med särskilda föreskrifter rörande rättskemiska undersökningar; gifvet Stockholm d. 12 febr. 1894. — JUL. PETERSEN: Om Lägen og Filosofen La METRIE. — GORDON NORRIE: Födelsvidenskaben og Jordemodervæsenets Udvikling i Danmark för 1714. — Vår provinsialläkarekårs rekrytering. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående ändrad lydelse af § 40 mom. 3, § 43, § 44, § 51 mom. 1 och 2 samt § 57 i nåd. instruktionen för läkare, som äro för hälso- och sjukvården inom visst område anställda, äfvensom för andre, som utöfva läkarekonsten, d. 31 okt. 1890; gifven Stockholms slott d. 19 okt. 1894. — C. J. SALOMONSEN: Kursus for Embedslæger. — Barnmorskefrågan. — E. M. HOFF: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark og Bilande 1893. — Fra Bestyrelsen for den almindelige danske Lægeforening. — Ottende Beretning fra Foreningen for Lægevagstationer 1894. — VALD. HANSEN: Om Kontrol med Bauefunktionærernes Helbredstilstand og Sanser med særligt Henblik på de danske Privatbaner. — VALD. HANSEN: Om de hygiejniske Forhold og Sundhedsforholdene hos Lokomotivpersonalet. — E. M. HOFF: Det kongel. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1893. — J. CARLSEN: Dødsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1893. — E. M. HOFF og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1892. — N. P. SCHIERBECK: Hygiejniske Meddelelser. Om Legemets Minimalbehov af Æggehvide. — TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København. — A. ULRIK: Kunstig Udtørring af nye Bygninger — Foreningen for trængendes Landophold. — Børnesanatorierne for København og Omegn 1890—92 og 1893. — CURT WALLIS: Hälsovårdsförhållanden vid svenska folk- och småskolor. — EDV. FORSSBERG: Om skollöfskolonier. — Om hälso- och sjukvården för Sverges landsbygd. III. — Köbenhavns Amts nye Sygehns. — E. ALMQUIST: Torfmulleo i renhållningens tjänst. — GÆDEKEN: Kortfattet Fremstilling af de almindeligt brugte Renovationssystemer. — CARÖE: Köbenhavns Natterenovationsvæsen. — HOFF: Köbenhavnske Latrinforhold. — AX. ULRIK: Indførelse af Vandklosetter i København. — SCHIERBECK: Köbenhavns Renovationvæsen. — AMBT: Om Konstruktion af Vandklosetter. — JACOB MEYER: Underjordiske Nødtørftsanstalter. — JOH. RUMP: Latrinvæsenet i danske Provinsbyer. — H. P. ØRUM: En ny københavnsk Kirkegård. — Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, om ändrad lydelse af § 5 mom. 1 i nåd. kungörelsen d. 14 juli 1893, angående föreskrifter till förekommande af koleras införande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 aug. 1894. — »Förslaget till nytt reglemente för vaccinationen.»

**Kongl. medicinalstyrelsens kungörelse angående af kongl. maj:ts fastställda förnyade stadganden om hvad iakttagas bör vid rättskemiska undersökningar; gifven i Stockholm d. 9 febr. 1894, och**

**Kongl. medicinalstyrelsens cirkulär till läkare och apotekare i riket med särskilda föreskrifter rörande rättskemiska undersökningar; gifvet Stockholm d. 12 febr. 1894. Bihög till Svensk författningssaml. 1894, nr 20.**

Upphäfva k. sundhetskoll. kung. d. 5 sept. 1872, k. sundhetskoll. cirkulär af d. 12 sept. 1872, d. 15 mars 1875, d. 23 juni 1876 och d. 19 mars 1886 § 10.

Likdelar skola vid rättsmedicinska obduktioner, där man misstänker förgiftning, enligt dessa nya stadganden tillvaratagas på samma sätt som förut. Sättet för deras insändande är likaledes i hufvudsak det samma, men häri har den ändringen företagits, att numera ej någon eter skall tillsättas dem.

Den förut påbudna förpröfningen på arseniksyrlighet i fast form är nu helt och hållet afskaffad. Läkaren får sålunda numera aldrig göra någon sorts kemisk undersökning i rättsmedicinska fall.

Ännu en förändring införes genom dessa stadgar nämligen, att, då liköppningsföreteelserna samt vederbörligen styrkta uppgifter angående sjukdomsförloppet otvetydigt ådagalägga, att förgiftning med fosfor egt rum, läkaren utan insändande af likdelar omedelbart får afgifva sitt utlåtande öfver dödsorsaken.

*C. O. Olin.*

**JUL. PETERSEN: Om Lägen og Filosofen La Mettrie.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 145, 169.

Dette i det medicinske Selskab i Köbenhavn holdte Foredrag giver en biografisk Skildring og Karakteristik af den bekendte materialistiske Filosof og dvæler i øvrigt særlig ved dennes Oprædelse og Virksomhed som Læge og Forfatter i Relation til Lægekunst og Lægevidenskab, ved den Interesse, der knytter sig til LA METTRIE på Grund af hans agitatoriske Bestræbelser for Reformen i Lægekunstens Udøvelse og for Etablering af en virkelig naturalistisk Lægevidenskab, således som det træder for Dagen i hans Oversættelser af BOERHAAVES Skrifter, i hans ubændige Kampskrifter mod det konservative Pariserfakultet og i forskellige medicinsk-reformatoriske Udviklinger også i hans filosofiske Skrifter, i hvilken Henseende fornemlig fremhæves den af ham hævdede Opfattelse af Sindssygdommene som nødvendig betingede af patologiske Forandringer i Hjärnevævet.

*Jul. Petersen.*

**GORDON NORRIE: Födselsvidenskabens og Jordmoderväsenets Udvikling i Danmark för 1714.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 1.

I denne Afhandling, der er fremkommen som et Foredrag i det medicinske Selskab i Köbenhavn, giver Forf. først nogle Oplysninger om Jordmoderväsenets tidlige Tilstand i Danmark, i det han for øvrigt henviser til nogle Meddelelser af ham i »Tidsskrift for Jordemødre». Derpå refererer han udførligt Indholdet af en i 1688 anonymt udgiven dansk Jordmoderbog, der viser sig at være et Uddrag af MAURICEAUS Bog og for øvrigt udmærker sig ved sit gode Sprog, sin klare Fremstilling og særlig ved sin bestemte Betoning af Fodvendingen. Dens Forfatter har muligvis været Dr. HACQUART jun. eller snarere den senere Stadsfysikus EICHEL, der i en Forestilling i Embeds Medfær i 1713, der refereres in extenso i Afhandlingen, viste megen Iver for Jordmoderväsenets Reform og derved gav en væsentlig Impuls til den vigtige Forordning af 30 November 1714. Når DEVENTER i sit berømte Værk »Novum lumen», i Dedikationen til den danske Livlæge HENRIK A MÖINIKEN, har fremhævet de frugtbringende obstetriciske Impulser, han har modtaget under sit Besøg i Köbenhavn i 1688, finder Forf.

dette vel begrundet, i det Fremkomsten af den nævnte Bearbejdelse af MAURICEAU viser, at Fødselshjælpen i Danmark ved den Tid ikke stod så langt tilbage, som tidligere Medicinalhistorikere have antaget.

*Jul. Petersen.*

**Vår provinsialläkarekårs rekrytering.** Redaktionsartikel. *Eira* 1895, s. 82.

Önskvärdheten att ordinarie provinsialläkaretjänsterna besättas med läkare af mindre vanlig förmåga framhålles och på samma gång beklagas, att aspiranternas utbildning för denna speciela verksamhet ej alltid är den bästa. Då de ordinarie provinsialläkarne i regeln tagas bland de extra provinsialläkarne, är det af vikt, att dessa förordnas med mera hänsyn tagen till deras förtjänst och duglighet, än hvad nu är fallet, då i allmänhet mest afseende fästes vid resp. distriktstyrelses förord.

*C. O. Ölin.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, angående ändrad lydelse af § 40 mom. 3, § 43, § 44, § 51 mom. 1 och 2 samt § 57 i nådiga instruktionen för läkare, som äro för hälso- och sjukvården inom visst område anstälde, äfvensom för andre, som utöfva läkarekonsten, den 31 okt. 1890; gifven Stockholms slott den 19 okt. 1894.** Svensk författningssaml. 1894, n:r 84.

Innehåller en del ändringar i de paragrafer i instruktionen för läkare af d. 31 oktober 1890, som röra tjänstledighet och tjänsteårsberäkning.

Tjänstledighet får af annan än kongl. maj:t och medicinalstyrelsen beviljas för provinsialläkare af kon. befallningshafvande, för extra provinsialläkare af styrelsen för läkaredistriktet eller den myndighet eller de personer, som ega att tillsätta tjänsten, samt för stadsläkare af magistraten efter hälsovårdsnämndens hörande, dock ej för längre tid än 14 dagar (förut en månad). Dessutom för stadsläkare af magistratens ordförande för högst en vecka. Samma myndigheter och personer få för motsvarande tid utfärda förordnande för vikarie, såvidt han är legitimerad läkare. Dylik tjänstledighet och förordnande skall af vederbörande, som beviljat eller utfärdat det samma, skriftligen hos medicinalstyrelsen anmälas med uppgift om ledigheten och förordnandet, samt tiden därför och anledningen därtill.

Endast legitimerad läkare kan antagas till läkaretjänst, med hvars innehavande tjänsteårsberäkning är förenad.

Tjänsteårsberäkning tillkommer vikarier och extra läkare, som förordnats af kongl. maj:t eller medicinalstyrelsen, såvidt de äro medicine licentiat eller medic. kandidater, som hafva afslutat den propedeutiska tjänstgöringen vid universitetsklinikerna. De som förordnats af annan vederbörande endast såvidt de äro legitimerade läkare.

Vilkoren för vikares tjänsteårsberäkning äro:

1) att tjänstgöringen varar minst 15 dagar i följd (endast kongl. maj:t eller medicinalstyrelsen ha rättighet förordna för längre tid än 14 dagar, sålunda skulle vikarie, som förordnats af annan vederbörande, ej ega åtnjuta tjänsteårsberäkning utom möjligen i det fall att dylikt

förordnande omedelbart föregås eller efterföljes af annat förordnande på samma plats utfärdadt af kongl. maj:t eller medicinalstyrelsen);

2) att han inom en månad efter det tjänstgöringen upphört med vederbörliga originalhandlingar hos medicinalstyrelsens ombudsman styrker när denna börjat och slutat;

3) att de, som förordnats af annan än kongl. maj:t och medicinalstyrelsen, omedelbart efter förordnandets emottagande och senast inom 8 dagar efter det tjänstgöringen i anledning däraf börjat därom själfve afsända skriftlig anmälan till medicinalstyrelsen.

Rätt till tjänsteårsberäkning tillkommer dessutom legitimerad läkare, som företager utrikes studieresa, genomgår fullständiga studiekurser för behörighet till förste provinsialläkaretjänst eller eljes för speciel utbildning i läkarekonsten, om och i den mån medicinalstyrelsen efter granskning af vederbörliga berättelser och intyg anser sådan tjänsteårsberäkning böra i fråga komma. Dessa berättelser och intyg skola jämte ansökan insändas till medicinalstyrelsen senast sex månader efter studieresans eller kursernas slut.

För tjänsteårsberäkning, som lärare, amanuenser m. fl. enligt särskilda stadganden ega åtnjuta, gäller i hufvudsak samma vilkor som för vikarier nämligen, att de själfva skola inom en vecka anmäla tillträdet af tjänsten, samt senast en månad efter tjänstgöringens slut förete originalhandlingar hos medicinalstyrelsens ombudsman.

Denna rätt till tjänsteårsberäkning tillkommer dem, som tjänstgöra som underläkare, amanuenser eller assistenter, endast såvidt de uppbära aföning enligt stat eller särskildt stadgande.

*C. O. Olin.*

**C. J. SALOMONSEN: Kursus for Embedsläger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 219.

Under Hensyn til den ringe Udsigt til Gennemførelsen af den længe ventede Medicinalreform og dermed Indførelse af en Fysikalexamen har Prof. C. J. S. for at bøde på Embedslägenernes mangelfulde Uddannelse i Samråd med en Kreds af Kolleger fremsat et Forslag om en midlertidig Indførelse af Fortsættelseskursus for yngre Embedsläger. Undervisningen — af omtrent en Måneds Varighed — skulde omfatte hygiejniske Demonstrationer, bakteriologiske Övelser, retspsykiatriske Övelser, medicinalstatistiske Övelser, Medicinallovgivning og retsmedicinske Sektionsövelser. — Deltagerne, hvis Antal foreslås fastsat til 10, kunne efter Ansøgning erholde Tilskud (indtil 10 Kr. pr Dag) til Lønning af Vikar under deres Fraværelse fra Hjemmet. Planen anbefaledes af Sundhedskollegiet, billigedes af Justitsministeren, som dog senere overfor Modstand fra Rigsdagens Side tog et Forslag om den fornødne Bevilling tilbage.

*E. M. Hoff.*

**Barnmorskefrågan.** Redaktionsartikel. Eira 1895, s. 118.

Riktat en uppmaning till svenska läkarekåren att arbeta för reformering af barnmorskekåren. Anser att detta bör ske dels genom skärpande af kompetensvilkoren, dels genom höjande af deras sociala ställ-

ning och dels genom att bereda dem bättre inkomster. Redogör i sammanhang härmed för ett förslag till en allmän pensionsinrättning för barnmorskor.  
*C. O. Olin.*

**E. M. HOFF: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark og Bilande 1893.** Bd 6, H. 4. Köbenhavn 1895. 70 S.

Kronologisk ordnet Samling af Love, Anordninger, Resolutioner og andre Aktstykker vedrørende Medicinalvæsenet — udgivet af det kgl. Sundhedskollegium. — Af Indholdet fremhæves: forskellige Resolutioner og Cirkulærer vedrørende Indførelsen af en ny Farmakopé; Cirkulærer angående Omordning af Apotekvisitats; Lov om smitsomme Sygdomme hos Husdyrene; Regler for Skibes Forsyning med Lægemidler; Synsprøve for Skibsførere; Lov om yderligere Foranstaltninger mod Indførelse af asiatisk Kolera; Bekendtgørelse ang. Foranstaltninger mod Indførelse af Kolera over Landgrænsen.  
*E. M. Hoff.*

**Fra Bestyrelsen for den almindelige danske Lægeförening.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1223.

Meddelelse om, at Dr. med. H. P. ÖRUM fra 1 Januar 1895 vil medvirke i Redaktionen for »Ugeskrift for Læger» på den almindelige danske Lægeförening's Vegne.  
*Ax. Ulrik.*

**Ottende Beretning fra Foreningen for Lægevagtstationer 1894.** Köbenhavn 1895. 52 S.

Fra Foreningens 6 Stationer er der i 1894 afgivet 1268 Sygebesøg, deraf 935 hos fattige, 263 hos Personer af Middelstanden, 70 hos velhavende. — På Foreningens 4 Forbindingsstationer fik 241 tilskadekomne en foreløbig Forbinding. Med Foreningens Ambulancevogne transporteredes i Årets Løb 123 tilskadekomne. Af økonomiske Hensyn har Foreningen været nødt til at indskrænke sin Virksomhed til Tiden fra Kl. 12 Midnat til Kl. 6 Morgen (tidligere 11—6) og til at anmode Politiet om kun at henvise meget påtrængende Tilfælde til Foreningens Læger.

*E. M. Hoff.*

**VALD. HANSEN: Om Kontrol med Banefunktionärens Helbredstilstand og Sanser med særligt Henblik på de danske Privatbaner.** Särtryk af Nat.-ökon. Tidsskr. Köbenhavn 1894. 15 S.

Forf. omtaler de Foranstaltninger, som så vel 1) ved Ausättelsen som 2) i Löbet af Funktionstiden bör tages overfor det i Järnbane-tjänesten ansatte Personale for at sikre sig dets Helbred.

I første Afsnit omhandles närmere de forskellige Fordringer, som ved Antagelsen må stilles til Personalet efter dets forskellige Tjänestevirksomhed, särskilg Syns- og Höresansens Prövelse hos de ved Sikrings-tjänesten ansatte Funktionärer og Nödvendigheden af, at navnlig disse Undersögelser foretages efter ensartede Regler; tillige beröres Betydningen af Sygdomsdispositioner af forskellig Art (arvelig Disposition, recidiverende Sygdomme, latent Sygdom).

I andet Afsnit fremhæves de Hensyn af forskellig Art, som fra Styrelsens Side bør tages for at bevare Personalets Sundhed (Tjenestetid, Bolig, Beklædning, Bade m. v.); hvad den fortsatte Kontrol med Helbredstilstanden angår, anbefales det, at alle ved Sikringstjenesten ansatte Funktionærer regelmæssig hvert tredje År underkastes en nærmere bestemt Prøvelse af Syn, Farvesans og Hørelse; Nødvendigheden betones af, at de i Järnbaneväsenets Tjäneste ansatte Läger ikke som hidtil blot ere Personalets Sygekasseläger, men tillige stilles således at de på effektiv Måde kunne være Bestyrelsens Kontrollanter med Personalets Helbredstilstand; endelig anbefales det, at der af Staten ansættes en Läge, som på Statens Vegne förer Overkontrol med Personalet for samtlige Baners Vedkommende.

*E. M. Hoff.*

**VALD. HANSEN: Om de hygiejniske Forhold og Sundhedsforholdene hos Lokomotivpersonalet.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 63.

Efter en Fremstilling af de særlige Forhold, hvorunder Lokomotivpersonalet tilbringer en stor Del af deres Liv, så vel som af Järnbanekörselens fysiologiske Virkninger går Forf. over til nærmere at omtale dels Forekomsten blandt Lokomotivpersonalet af de Sygdomme, de have tilfælles med andre dødelige, dels enkelte Sygdomme, der særlig optræde blandt Personalet (»Irritation af Nervecenerne», »Siderodromofobi»), eller tillige blandt Passagerer (»railway-spine»). Fremstillingen ledsages af Sygehistorier og Referat af fremmede statistiske Oplysninger, hvis Værd Forf. dog — sikkert med Rette — synes at drage i Tvivl.

*E. M. Hoff.*

**E. M. HOFF: Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1893.** København 1894.

Referater af de Kollegiet forelagte Sager og de over samme afgivne Betänkninger. I *Afsnit A.* omhandles Justitssager og andre Retssager, derunder 36 Tilregnelighedssager og 69 Paternitetssager. Retssager, der angå ulovlig Medikamenthandel, refereres under *Afsnit B.*, afgivne Betänkninger. Af de i övrigt i dette Afsnit omhandlede Sager fremhæves: Indførelse af en ny Farmakopé, Nedsættelse af en permanent Farmakopékommision, Omordning af Apotekvisitationen, Giftloven, Forslag til Lov om Foranstaltninger mod smitsomme Sygdomme på Færøerne, Planer til en Del nye Sygehuse, forskellige Kirkegårdsanlæg, Eneretsansøgninger m. m. — Som Appendix medfølger en Fortegnelse over samtlige Håndkøbsudsalg af Medikamenter, dispenserende og distribuerende Läger.

*E. M. Hoff.*

**J. CARLSEN: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1893.** Udgivet af det kgl. Sundhedskollegium.

Det samlede Antal af de i de danske Byer i 1893 indtrufne Dödsfald (dödfödde ikke medregnede) udgjorde 16 050 (6 849 i København, 9 201 i de övrige Byer), svarende til omtr. 21 p. m. af Befolkningen (kalkuleret til 773 270). I København skyldes omtr. 3 % af samtlige

Dödsfald (213) Personer, indlagte fra andre Kommuner på Hovedstadens Sygehuse, og i Provinsbyerne falde omtr. 11 % af samtlige Dödsfald (1011) på Personer fra Landsogne, der dö på Byernes Sygehuse eller Kliniker. Fradraget disse, bliver Dödelighedskvotienten for Hovedstaden og Provinsbyerne henholdsvis 19,7 og 18,8 p. m.

E. M. Hoff.

E. M. HOFF og J. CARLSEN: **Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1892.** København 1895. 233 S.

Folkemængde 2 203 798 (d. e. for Byernes Vedkommende kalkuleret, for Landdistrikternes Vedkommende Talling af 1890). Födselskvotient 29,3, varierende mellem 25,7 (Lolland-Falster) og 33,7 (Ålborg-Hjörning Fysikat), for Byerne 30,5, varierende mellem 27,9 (Lolland-Falster) og 36,0 (Ålborg-Hjörning Fysikat), for København 30,1. Dödelighedskvotient 19,3, varierende mellem 17,2 (Viborg-Thisted Fysikat) og 21,4 (Lolland-Falster), for Byerne 20,1, varierende mellem 17,5 (Viborg-Thisted Fysikat) og 30,4 (Ribe Fysikat), for København 19,4. Dödfödde 2,6 % af samtlige födte; af samtlige Födsler vare 8 % uägte (Köbenhavn 20,7 %).

Den epidemiske Sygelighed var i 1892 ret betydelig, hvad der navnlig skyldes Epidemier af Influenza og Difteri. Af Influenza anmeldtes i alt 55 446 Tilfælde. *Difteri*, hvoraf 18 219 Tilf. anmeldtes, synes at være kommen over Kulminationspunktet. *Krup* 1680 Tilf., deraf i København og Provinsbyerne 679 med 463 Dödsfald. *Tyfoidefeber* 3435 Tilf., altså en ret betydelig Nedgang. *Scarlatina* havde kun ringe Udbredelse, *norbilli* og *tussis conv.* ret betydelig. Af *Puerperalfeber* anmeldtes 607, d. e. det ringeste Årsantal i det sidste Decennium. *Kolerine* og akut *Intestinalkatarr* 34 052 Tilf. De *veneriske Sygdomme* vise en ringe Nedgang, have udenfor København og enkelte større Provinsbyer ingen Betydning. — Beretning om den kgl. *Vaccinationsanstalt* for 1892 (ikke tidligere optagen). *Mortalitetstabeller*. Uddrag af Jordemødrenes *Födselsprotokoller*, omhandlende 54 518 Födsler. — Beretning om Provinsygehuse, offentlig Hygiejne, personalia. — Beretning fra Färöerne og Bilandene. — Under Grönland findes en særlig Beretning af prakt. Läge O. HELMS om *Syfilisepidemien* i Grönland 1872—1890.

E. M. Hoff.

N. P. SCHIERBECK: **Hygiejniske Meddelelser. Om Legemets Minimalbehov af Äggehvide.** Hosp. Tidende, R. 4, Bd 3, S 48.

Referat af nogle nyere experimentelle Undersögelser angående det nævnte Spörgsmål.

E. M. Hoff.

TRAUTNER: **Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København.** København 1894.

Forf., der er Regeringens Konsulent, meddeler Oplysning om samtlige Sygeplejeforeningers Virksomhed i det forløbne År. I 1894 fandtes i alt 136 Foreninger med 176 Sygeplejersker (1893 129 For-



eninger med 171 Plejersker, i 1892 117 Foreninger med 155 Plejersker, i 1891 100 Foreninger med 139 Plejersker); 54 Foreninger i Byerne (83 Plejersker), 82 Foreninger på Landet (93 Plejersker).

*E. M. Hoff.*

A. ULRİK: **Kunstig Udtørring af nye Bygninger.** Uzeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 193.

Forf. refererer en i Tekn. Foren. Tidsskrift nærmere beskrevet Udtørring af en firetages Nybygning ved Hjælp af Fyring i åbne Ildsteder uden Afledning af Forbrændingsprodukterne. Efter Beregning fjærnedes i 40 Døgn omtr. 750 Tønder Vand med en Bekostning af lidt over et Par Tusind Kroner (omtr. 50 Öre pr Kubikmeter Rum). — Forf. sammenligner hermed et Par tidligere beskrevne Udtørringsforetagender af lignende Art.

*E. M. Hoff.*

**Foreningen for trængendes Landophold.** Årsberetninger for 1890—1891—1892—1893 og 1894.

Denne i 1890 stiftede Forening har til Formål at skaffe Børn og voxne af ubemidlede Klasser i Hovedstaden Landophold, når de som en Følge af slet Ernæring eller i Rekonvalescensen efter Sygdom i særlig Grad anses trængende dertil. Foreningen har i de forløbne 5 År 1890—94 ydet Hjælp til 662 trængende, af hvilke omtrent den ene Tredjedel have fået fri Rejse, de to Tredjedele fri Rejse og Landophold. De pågældende indstationeres hos Familjer, i hvis Hjem Forholdene forinden ere undersøgte af Läger, hvis Bistand Foreningen har sikret sig. Det overvejende Antal har været anbragt i Omegnen af Jægerspris og Frederiksværk samt i et Rekonvalescenthjem ved Jyderup. — I 1894 ydede Foreningen fri Rejse til 42 Personer, Rejse og Ophold til 103 Personer, af hvilke 25 anbragtes ved Frederiksværk, 35 ved Jægerspris og 39 på Rekonvalescenthjemmet i Jyderup.

*E. M. Hoff.*

**Børnesanatorierne for København og Omegn 1890—92 og 1893.** København 1893 og 1894.

Beretning fra et i 1890 stiftet filantropisk Selskab, som ved Hjælp af indsamlede Bidrag anbringer skrøbelige, særlig skrofuløse Børn i Sanatorier for en kortere eller længere Tid af Sommeren, i Reglen en Månedstid. I de 4 omhandlede År har Foreningen skaffet henholdsvis 18, 50, 100, 148 og 168 Børn Sommerophold og for den overvejende Dels Vedkommende gennemført Badebehandling. Sanatorierne stå under stadigt Lægetilsyn.

*E. M. Hoff.*

CURT WALLIS: **Hälsovårdsförhållanden vid svenska folk- och småskolor.** 251 s. 8.v. Stockholm 1895.

År 1888 utsände centralstyrelsen för Sverges allmänna folkskolläraforening till sina medlemmar frågoförmulär, innehållande 41 frågor angående skolhygieniska förhållanden. Uppgifter inkommo angående 1,405 skolor. Förf. har bearbetat det sålunda inkomna materialet och

redogör för skolornas läge, lekplatser, skolrummen, belysningen, uppvärming och luftväxling, afklädningsrum och rastrum, renhållning, bänkar m. m.

Dessa öfversikter och de lärrika jämförelser, som meddelas, komma utan tvifvel att verksamt bidraga till skollokalernas förbättring. De komma nog också att verka för det mål, förf. särskildt afser, nämligen till införandet af skolhygien som läroämne vid seminarierna.

*E. Almqvist.*

EDV. FORSSBERG: **Om skollofskolonier.** Hälsovårdsföreningens i Stockholm förhandl. 1894, s. 4; 32 sid.

Förf. lemnar lärrika meddelanden om skollofskoloniernas historik och den utveckling de vunnit i Sverge sedan 1884. Enskildheterna vid anordning och organisation belysas af förf. och af flere talare i diskussionen.

*E. Almqvist.*

**Om hälso- och sjukvården för Sverges landsbygd. III.** Helsingborg 1895, 129 s. 4:t.

En samling af många hit hörande uppsatser m. m.

*E. Almqvist.*

**Köbenhavns Amts nye Sygehus.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 2, S. 1126.

Sygehuset er i Efteråret 1894 blevet udvidet med en ny Epidemibygning med Plads til 40—50 Difteripatienter, 20 Skarlatina- og 10—12 Tyfuspatienter; hver af de tre Afdelinger har egen Indgang og er uden Samkvem med de øvrige Afdelinger. Der findes hverken Paneler eller Trægulve, men overalt Terrazogulve. Til Difteriaafdelingen hører en vel indrettet Operationsstue og til hver af Afdelingerne en stor og lys Rekonvalescentstue og en lille Have.

*Ax. Ulrik.*

E. ALMQUIST: **Torfmullen i renhållningens tjänst.** Hälsovårdsföreningens i Stockholm förhandl. 1894, s. 36; 7 sid.

Förf. redogör för frågans ställning i utlandet och i Sverge och visar, att vi i flere städer saklat mera erfarenhet, än hvad man gjort utomlands.

Ingeniör EKMAN belyser därefter torfvrens användning vid Stockholms upplagsplatser vid Löfsta.

*E. Almqvist.*

GÆDEKEN: **Kortfattet Fremstilling af de almindeligt brugte Renovationssystemer.** Tidsskr. f. Sundhedspleje, Bd 4, S. 49.

CARÖE: **Köbenhavns Natterenovation 1890—94.** S. St., S. 72.

HOFF: **Köbenhavnske Latrinforhold.** S. St., S. 87.

AX. ULRİK: **Indførelse af Vandklosetter i København.** S. St., S. 98.

SCHIERBECK: **Köbenhavns Renervationsvæsen.** S. St., S. 106.

AMBT: **Om Konstruktion af Vandklosetter.** S. St., S. 126.

JAC. MEYER: **Underjordiske Nödtörftsanstalter.** S. St., S. 141.

JOH. RUMP: **Latrinväsenet i danske Proviusbyer.** S. St., S. 146.

Ovennævnte Artikler af »Tidsskrift for Sundhedspleje», som også ere udkomne samlede i Särtryk, under Titlen »Renovationsväsenet i Köbenhavn og danske Proviusbyer» (116 S.), ere Indlæg i Debatten om en Omordning af Renovationsystemet og udtale sig alle til Gunst for Indførelse af Vandklosetter, særlig for Köbenhavns Vedkommende. G. EDEKEN beskriver og sammenligner de sædvanlig brugte Renovations-systemer; CARÖE fortsätter sine historiske Meddelelser om Udviklingen af Köbenhavns Natterenovation; HOFF gennemgår de på dette Område gældende Bestemmelser for Köbenhavn; ULRIK foreslår en Udvidelse af den nu meget begränsede Adgang til Brug af Vandklosetter; SCHIERBECK fremhäver Ulämperne ved de nu bestående Forhold; AMBT beskriver de hensigtsmässigste Former af Vandklosetter; MEYER omtaler de i London benyttede underjordiske Nödtörftsanstalter og foreslår liknende indförte i Köbenhavn; RUMP behandlar Renovationsväsenets Standpunkt i de danske Proviusbyer.

*Ax. Ulrik.*

H. P. ÖRUM: **En ny köbenhavnsk Kirkegård.** Ugeskr. for Läger, R. 5, Bd 1, S. 1199.

Da den 100 Tdr. Land store Vestre Kirkegård, som anlagdes i 1870, i en ikke fjärn Fremtid kan väntes optagen, har Köbenhavns Kommunalbestyrelse ved Köb erhvervet et 56 Tdr Land stort Grundstycke när Bispebjerg Mölle ved Utterslev By. Beliggenheden er nogenslunde bekvem, og foretagne Boringer tyde ret gunstigt for Muligheden af tilfredsstillende Dräning. Arealets Erhvervelse er imidlertid sket uden bindende Forpligtelse for Magistraten til at anvende det som Begravningsplads, og Spörghmälet herom vil atter blive forelagt Borgerrepräsentationen.

*Ax. Ulrik.*

**Kongl. maj:ts nåd. kungörelse, om ändrad lydelse af § 5 mom. 1 i nådiga kungörelsen den 14 juli 1893, angående föreskrifter till förekommande af kolerans införande i riket; gifven Stockholms slott d. 14 aug. 1894.** Svensk författningssaml. 1894, nr 57.

Innehåller ett tillägg till k. kungörelsen af d. 14 juli 1893 i öfverensstämmelse med k. kungörelsen af d. 22 sept. 1893.

Föreskrifver, att därest å fartyg finnes passagerare, som ombordtagits efter det fartyget lemnat kolerasmittadt område och hvilken ej kan med intyg af svensk eller norsk konsul eller vice konsul eller af embetsmyndighet å den ort, där han gått ombord, styrka, att han under minst 48 timmar närmast före fartyget lemnade nämnda ort uppehållit sig inom område, som icke är förklaradt kolerasmittadt, detta fartyg skall kvarligga under observation, tils 48 timmar förflutit sedan sådan passagerare gått ombord.

*C. O. Olin.*

”Förslaget till nytt reglemente för vaccinationen.” Redaktionsartikel. Eira 1895, s. 48.

Förf., som kritiserar detta förslag, önskar att vaccinationstvånget skulle upphävas, men om så ej kan ske att all vaccination sker med animal vaccin.

C. O. Olin.

**Berättelser från sjukvårdsanstalter:** Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födels- og Plejestiftelse for Året 1893—94. — C. v. HEIDEKEN: Årsberättelse för 1894 för barnbördshuset i Åbo. — 35te Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehns og Ebberödsgård for Året fra 1 April 1893 til 31 Marts 1894. — J. C. GERNER: Skrofulöse Børns Ophold i Snogebæk 1894. — H. P. ØRUM: Köbenhavns Amts Sygehus i Ryesgade.

**Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födels- og Plejestiftelse for Året 1893—94.** Köbenhavn 1894. 130 S.

*Frederiks Hospital.* Sängeantal 364. D. 1ste April 1893 fandtes i Hospitalet 321 syge; i Årets Löb tilkom 2417, ndskreves 2174, döde 246, fandtes tilbage ved Årets Udgang (31 Marts 1894) 318. — Samlede Antal Forplejningsdage 112852; störst Belägning d. 5 Maj 1893 og 5 Jan. 1894: 348, lavest d. 3 Avg. 1893: 212 Patienter. — Med. Afd. A<sup>1</sup>): 710 Patienter, 86 döde. — Med. Afd. B: 733 Patienter, 81 döde. — Kir. Afd. C: 911 Patienter, 60 döde; 500 Operationer med 34 Dödsfald; 136 Kloroformnarkoser, 280 Kloroform-aternarkoser. — Kir. Afd. D: 569 Patienter, 32 döde; 428 Operationer med 11 döde; 18 Kloroformnarkoser, 267 Åternarkoser. — På Hospitalets Konsultationsstue behandledes 2915 Patienter.

*Födels- og Plejestiftelsen.* I Årets Löb indkom 1696 Kvinder, af hvilke 26 udgik uden at have födt. Af 1628 födte 696 på Stiftelsen, 915 i Filialerne. desuden i selvvalgte Lokaler 17. I Fölge Overakkuchörens Beretning (der angår Kalenderåret 1893) födte i dette År 1578 (31 Tvillingfödslar); 1535 levendefödte Børn, 71 dödfödte (Aborter indbefattede). Af de födte vare 1182 fuldbårne, 427 ufuldbårne. — Der forekom 183 Tilfælde af Puerperalfeber; den puerperale Morbilitet var omtr. 11 %. 3 Dödsfald af Barselseber indtraf, ét i Stiftelsens Lokaler og to efter Flytning til Hospital; den puerperale Mortalitet var omtr. 1,9 pro mille.

Ar. Ulrik.

C. v. HEIDEKEN: Årsberättelse för 1894 för barnbördshuset i Åbo. Finska läkaresallsk. bandl., bd 37, s. 204.

Under året intogos 342 patienter, hvilka rubriceras sålunda: 277 förlossningar, 14 graviditeter, 10 aborter, 41 gynekologiska fall.

<sup>1</sup>) De följande Lägeberetningar gälde Kalenderåret 1893.

Den puerperala morbiditeten var 3,25 %.

Den puerperala mortaliteten 1,08 % (tre dödsfall: ett i eklampsi, dog oförlöst; två i sepsis, infekterade före intagningen).

Bland obstetriska operationer märkas 12 tångextraktioner, 3 perforationer, 4 vändningar.

De gynekologiska patienterna behandlades i allmänhet operativt, bland dem inträffade inga dödsfall. 8 laparotomier utfördes, 7 ovariotomier och en cholecystotomi.

*Törngren.*

**35te Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehus og Ebberöd-gård for Året fra 1 April 1893 til 31 Marts 1894. København 1894.**

På Gl. Bakkehus var Alumnernes Antal ved Årets Begyndelse 181; af disse afgik 42, medens der optoges 56 nye Alumner, så at Antallet ved Årets Slutning var 195, hvoraf 183 vare Elever, 12 voxne arbejdsføre. Gennemsnitsalderen af de optagne var 10,3 År. Gamle Bakkehus er siden 1892 en ren Undervisningsanstalt, delt i en Forsøgsafdeling i 7 Klasser, i hvilke der navnlig lægges Vægt på Anskuelsesundervisning, en teoretisk Afdeling i 6 Klasser med elementær Fagundervisning og en praktisk Afdeling i 2 Klasser, hvor Hovedvægten lægges på Sløjd for Drengenes Vedkommende og på kvindeligt Håndarbejde for Pigernes.

På Ebberödgårdsanstalten var Alumnernes Antal ved Årets Begyndelse 243; af disse afgik 35, medens der tilkom 123 nye, af hvilke 23 vare Børn. Anstalten er dels et Arbejdshjem i 4 Afdelinger, af hvilke en endnu står tom, hvor de mandlige Alumner beskæftiges enten på Værksteder for Skomager- og Snedkerarbejde samt Kurveffletning eller ved Avlsbrug og Havebrug m. m., de kvindelige ved Håndarbejde, — dels et Plejehjem i 3 Afdelinger for dem, som have ringe eller ingen Arbejdsævne; også disse søges så vidt muligt beskæftigede.

*Ax. Ulrik.*

**J. C. GERNER: Skrofuløse Børns Ophold i Snogebæk 1894. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1167.**

I Årets Løb sendtes af Københavns Magistrat 82 Børn til Snogebæk, af hvilke 74 vare skrofuløse, 8 Rekonvalescenter efter andre Sygdomme. Badningen kunde begynde i Slutningen af Juni Måned og fortsattes til efter Midten af September. Resultatet var tilfredsstillende. Børnene tiltog gennemsnitlig 5,02 Pund i Vægt eller med 10,6 % af deres Legemsvægt; Vægtforøgelsen var størst hos de skrofuløse Børn over 9 År (gennemsnitlig 11,94 %), mindst hos Rekonvalescenter under 9 År (gennemsnitlig 8,92 %).

*Ax. Ulrik.*

**H. P. ØRUM: Københavns Amts Sygehus i Ryesgade. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 1, S. 1156.**

I Anledning af Sygehusets Nedlæggelse d. 1 Nov. 1894 gives et kort historisk Tilbageblik. Det toges i Brug d. 1 Maj 1863 under Navn af Gl. Københavns Amts Syge-, Dåre- og Tvangsarbejdsanstalt

med kun få Sygestuer, men udvidedes i 1871 ved Tilbygning af et Par Sidefløje, hvorefter det havde omtr. 40 Sænge. I 1881 nedlagdes Tvangsafdelingen, senere også Dørafdelingen, og hele Anstalten kunde nu anvendes som Sygehus og rummede 90—100 Sænge. Efter at det nye Amtssygehus på Frederiksberg var taget i Brug d. 1 Nov. 1893, anvendtes Sygehuset i Ryesgade som Epidemihospital, indtil det nu fuldstændig er nedlagt. I de sidste År var Patienternes Antal 12—1300 om Året. Af Hospitalets Overlæger har FONTENAY fungeret i næsten 20 År ( $\frac{1}{7}$  75— $\frac{31}{10}$  94), og i hans Tid bleve en Del Forbedringer indførte.

*Ax. Ulrik.*

**Militær hælsovård:** H. LAUB: Fra den 8de internationale Kongres for Hygiejne og Demografi i Budapest i September 1894. — H. LAUB: Erfahrungen über das Zeltsystem. — VON HARTEN: Systematisirung der ersten Hilfe auf dem Schlachtfelde mit Rücksicht auf die heutigen Heeresmassen und modernen Waffen.

H. LAUB: **Fra den 8de internationale Kongres for Hygiejne og Demografi i Budapest i September 1894.** Militärlägen, Arg. III, S. 1.

H. LAUB: **Erfahrungen über das Zeltsystem.** Köbenhavn 1894. 11 S.

VON HARTEN: **Systematisirung der ersten Hilfe auf dem Schlachtfelde mit Rücksicht auf die heutigen Heeresmassen und modernen Waffen.** Köbenhavn 1894. 34 S.

LAUB giver en Oversigt over Foredragene og Forhandlingerne i den 12te (militære) Sektion af den nævnte Kongres

Af danske Militärlæger deltog i Kongressen 2, LAUB og VON HARTEN, som holdt de ovenfor nævnte Foredrag, der foreligge særskilt trykte på Tysk.

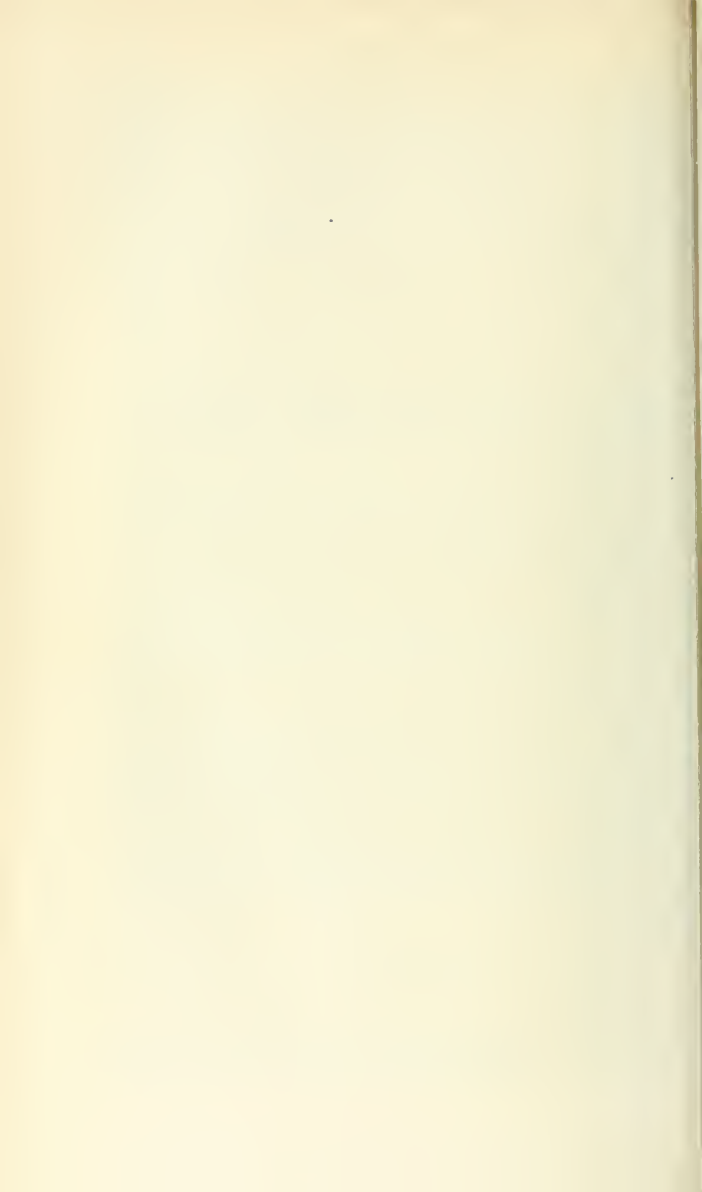
LAUB fremhæver Betydningen af den transportable Teltbarakke for Sygebehandlingen i Feltlasarettet og Sygehuse og anfører som en Type, der har vundet særlig Anerkendelse, den Döckerske Barakke. Han giver en nærmere Beskrivelse af denne med dens Tilbehør (Lamper, Ovne, Ventilationsapparater) og meddeler Resultaterne af nogle Forsøg over Barakkens Opvarmning samt Oplysninger om dens Holdbarhed. I Modsætning til Barakken har Teltet sin væsentligste Betydning ved på Kamppladsen at give de sårede det første Ly. Særlig fremhæver L. det af TOMKINS og NORTON konstruerede Tortoise-Telt.

VON HARTEN undersøger nærmere den Indflydelse, som de nyere Skudvåben, navnlig det hurtigskydende og langtrækkende Gevær med ringe Kaliber, ville have på Ydelsen af den første sanitære Hjælp på Kamppladsen. Støttet til foreliggende Erfaringer og Beregninger, fremhæver han i denne Henseende tre Momenter: 1) Den største Del af de af Fjenden udskudte Projektiler ville gå ud over Fægtningslinjen, og en Strækning af indtil 3500<sup>m</sup> bag denne vil være stærkt udsat for Nedslag af Fjendens Projektiler; navnlig vil dette være Tilfældet med Terrænet mellem 1000 og 1500<sup>m</sup> bag Fægtningslinjen. Det vil derfor

er være meget vanskeligt at finde Dækning, og selv i Terränsänkninger bag Højder ville i visse Afstande Projektilerne på Grund af Bane-crumningen nå ned, hvad der nærmere påvises i Afhandlingen. 2) Tapene i en Kamp i dens Helhed synes vel ved Anvendelsen af de nye Våben og den dermed følgende forandrede Taktik at ville kunne blive mindre, men Fordelingen på de enkelte Steder og Tidsafsnit at kunne blive meget ulige, således at der indenfor begrænset Sted og Tid kan blive et særdeles stort Antal sårede. 3) De alvorlige Skudlæsioner, som de moderne Skudvåben ved de nyeste Forsøg have vist sig at medføre, ville stille betydelig større Fordringer både til de såredes Transport og til den kirurgiske Hjælp, der skal ydes. — Gående ud fra disse Betragtninger, fremsætter v. H. sine Ansknelser dels om Anvendelsen af de sanitære Feltinstitutioner, dels om Ydelsen af den foreløbige Hjælp på Kamppladsen. Hvad de sanitære Feltinstitutioner angår, fremhæver han, at Troppeafdelingernes Forbindingspladser må antages at ville komme til Anvendelse i meget mindre Grad end tidligere, da de på Grund af den oven anførte stærke Beskydning af Terränet bag Fægtningenslinjen i Regelen må etableres længere tilbage fra denne end i den tidligere beregnede Afstand af omtr. 1000<sup>m</sup> og derfor let ville komme ud af Forbindelse med Afdelingerne; selv om en dækket Plads fandtes længere fremme i Terränet, vilde det under Kampen i Reglen blive umuligt at føre sårede derhen. Den sanitære Virksomhed vil derfor som oftest først kunne begynde ved Kampens Sagtne eller Ophør; men da vil Sanitetsdetachmentet (Ambulancen) kunne føres frem, og ved sit skolede og sammenarbejdede Personel og rigere Materiel vil denne Institution kunne udrette laugt mere end det Apparat, der er medgivet Troppeafdelingerne. Også de Krav, den moderne Sårbehandling stiller, ville ikke kunne ske Fyldest på Afdelingernes Forbindingspladser, men derimod ved Ambulancen. Den sanitære Hjælp på Kamppladsen må derfor indskrænke sig til det allernødvändigste, og der må sørges for de såredes hurtigst mulige Fjernelse. v. H. fremhæver Betydningen af, foruden de egentlige Sygebærere at have et eget Forbindningskorps, udtaget af de dertil egnede blandt Sygebærerpersonalet, som efter at være tilstrækkelig oplærte anvendes alene til at gennemsøge Kamppladsen for at yde de sårede den nødvendigste Hjælp (standse Blødninger hos dem, lindre deres Smertes, stimulere dem, forbinde dem, bringe dem så vidt muligt i Sikkerhed for Beskydningen og i Lå for Vejrliget m. m.), således at de sårede ikke, ofte med Fare for Livet, skulle vente på denne Hjælp, indtil de egentlige Sygebærere kunne komme og skaffe dem bort. — Sluttelig giver v. H. en Oversigt over Ordningen af den sanitære Hjælp på Kamppladsen i den danske Hær.

*Joh. Möller.*





## Compte-rendu du traité

publiée au

Tome XXVII, N° 14.

POUL KUHN: Ligature des artères utérines en cas de fibrome de l'utérus.

GOTTSCHALK a trouvé, en 1892, par des recherches microscopiques, que les fibromes de l'utérus tirent leur origine des environs d'une artère qui en forme le noyau. Il formule en conséquence cette hypothèse que les fibromes ne prennent naissance que dans des tissus suralimentés, et il propose par cette raison la ligature des artères utérines afin de réduire la suralimentation utérine et d'entraver par là l'accroissement du fibrome.

L'opération est indiquée en cas de fibrome intramural et sous-muqueux à base large, ne dépassant pas la grandeur du poing, ainsi que dans des cas obstinés de métrite hémorrhagique chronique.

Pour le succès de l'opération, il est d'une haute importance, que la malade s'approche des années climatiques.

*Procédé opératoire:* inciser transversalement la muqueuse cervicale, séparer la vessie, rechercher le tronc artériel, le mettre à nu et en faire la ligature perdue; suture de la plaie vaginale.

Sur sept cas publiés par GOTTSCHALK, deux finirent par la disparition des tumeurs, cinq par une décroissance considérable; dans tous les cas, qui furent observés de 3 mois à 21 mois, les hémorrhagies s'arrêtèrent.

L'auteur fait encore mention des observations de KÜSTNER (deux cas de fibrome: arrêt des hémorrhagies, disparition des tumeurs; un cas de métrite hémorrhagique chronique: arrêt des hémorrhagies), de celles de FRANKLIN MARTIN (ligature du ligament entier d'un côté, du tiers inférieur de l'autre côté: sur six cas, cinq succès) et de celles de BAUMGÄRTNER et FRITSCH (recommandation de la méthode contre les hémorrhagies tant dans le cancer de l'utérus que dans la métrite hémorrhagique chronique).

Enfin, l'auteur rend compte des expériences faites à Copenhague: HOWITZ s'est six fois servi du procédé qui vient d'être décrit; mais l'opération n'a été couronnée de succès que dans un seul cas. La jeunesse des malades et la grandeur des fibromes (dépassant de beaucoup le poing) en ont été la cause.

PAULLI a pratiqué une fois simultanément la ligature des artères et l'amputation du col utérin. En quatre mois, le fibrome se rétrécit jusqu'aux deux tiers de la grandeur observée avant l'opération, et les hémorrhagies diminuèrent.

LEVY a fait l'opération neuf fois, et il la recommande principalement dans les cas de fibrome, mais il n'existe pas de détails précis de ses opérations.



## Über intravitale Erweichung und Höhlenbildung in den Nebennieren.

Von

Prof. M. V. ODENIUS

in Lnd.

In den von EUSTACHIUS als »glandulæ quæ renibus incumbunt» entdeckten und von CASSERIUS als *renes succenturiati* bezeichneten Nebennieren wies bekanntlich CASP. BARTHOLINUS<sup>1)</sup> sen. eine in ihrem Inneren gelegene, dunkle Flüssigkeit enthaltende Cavität nach. In diesen Organen glaubte er auch die muthmassliche Bildungsstätte der *atra bilis* gefunden zu haben, und gab ihnen daher den Namen *capsulæ atrabiliaria*. Allgemein scheint man auch in der folgenden Zeit die Anwesenheit einer solchen Cavität als zum normalen Bau des Organs gehörend angenommen zu haben, und mehrere Anatomen, vor allen VALSALVA bemühten sich einen Ausführungsgang anzufinden. Sogar HALLER,<sup>2)</sup> der den »*capsulæ renales*» eine ausführliche Darstellung widmet, findet beim Menschen in der Mehrzahl der untersuchten Fälle in ihnen eine »*vera cavea*», ist indessen eher geneigt in dieser Höhle einen offen gelassenen Zwischenraum (*intercapedinem*) zwischen den glatten inneren Flächen der Drüsenlappen zu sehen, als eine wirkliche mit eigener Wandung versehene Cavität.

<sup>1)</sup> CASP. BARTHOLINI *Institt. anatomicæ. Lugd. Bat. 1641, p. 110.* »Nos ob usum, quem iis tribuimus, capsulas atrabiliarias vocabimus. — Cavitatem habent intrinsicam, in qua humorem quendam continere deprehenduntur fæculentum & nigrum. — Usus hæcenus ignoratus est.»

<sup>2)</sup> A. v. HALLER: *Elementa Physiologiæ. Tom. VII.*

Schon im Anfang dieses Jahrhunderts trat indessen eine andere Auffassung in Betreff der wahren Natur der Höhle hervor, durch welche allmählig die ältere Ansicht verdrängt wurde. So findet sich bei MECKEL<sup>1)</sup> folgender der modernen Anschauung ganz entsprechender passus: — — — indessen glaube ich, wie ich schon früher angegeben habe, nach wiederholten Untersuchungen mit andern noch jetzt annehmen zu müssen, dass diese Höhle wenigstens im regelmässigen Zustande nicht vorhanden ist, und erst nach dem Tode entweder durch von selbst erfolgende Zersetzung der sehr weichen innern Substanz, oder durch mechanische Zerstörung derselben bei der Untersuchung entsteht. Diese Anschauung wurde auch in der Folge die beinahe alleinherrschende sowohl in der descriptiven wie in der pathologischen Anatomie, besonders in der von VIRCHOW<sup>2)</sup> und HENLE<sup>3)</sup> angegebenen Formulirung, nach welcher die innere dunkel gefärbte »intermediäre« Schicht der Rindensubstanz nach dem Tode schnell erweicht und bei der Herausnahme des Organs oder vielleicht spontan zerreisst, wodurch sich die Rindensubstanz von der Marksubstanz trennt und zwischen beiden ein Spalt die s. g. Höhle entsteht. Ganz dieselbe Erklärung der Höhlenbildung, ohne Reservation für eine andere Möglichkeit, findet man noch in den jüngsten bez. Publicationen z. B. bei ORTH.<sup>4)</sup> Bei einer solchen Entstehungsweise, wo die Höhle nur ein auf postmortaler Erweichung beruhendes Artefact darstellt, ist es allerdings natürlich dass man, den gewöhnlichen Angaben gemäss, darin einen bräunlichen Brei oder eine dunkel gefärbte Flüssigkeit, die zerflossene innere Rindenschicht, findet und dass die Wände mehr oder weniger fetzig erscheinen.

Selbstverständlich können durch verschiedene pathologische Processe wirkliche Höhlenbildungen in den Nebennieren hervorgerufen werden, wie z. B. ächte Cysten, aus Hämorrhagien hervorgegangene cystoide Räume, cystöse Entartung durch eitrige Einschmelzung oder durch Erweichung von caseösen Herden und dergl. mehr. Derartige Höhlenbildungen scheinen indess überhaupt selten zu sein (: die hiesige path. anat. Sammlung enthält nur ein hierher gehöriges Präparat: cystæ min.

<sup>1)</sup> J. F. MECKEL: Handb. der menschl. Anat., Bd 4 (1820), s. 505.

<sup>2)</sup> VIRCHOW: Die Krankh. Geschw., Bd II, s. 695.

<sup>3)</sup> HENLE: Handb. der Anat., Bd II, s. 565.

<sup>4)</sup> ORTH: Pathol. anat. Diagnostik. 5te Aufl. 1894.

multipl.), und dürften ausserdem gegebenen Falles ohne Schwierigkeit bezüglich ihrer wahren Natur festgestellt werden können.

Von diesen letztgenannten Veränderungen ist hier nicht die Rede. Dagegen bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass es ausserdem Fälle von Höhlenbildung in den Nebennieren giebt, welche zwar ihrem äusseren Erscheinen nach eine nicht geringe Ähnlichkeit mit den erwähnten postmortalen Erweichungen darbieten und wohl meistens bisher als solche gedeutet worden sind, indess bei näherer Prüfung sich als von diesen in mehreren Beziehungen verschieden zeigen. In diesen Fällen führen die anatomischen Befunde und die Erwägung der obwaltenden übrigen Umstände mit grösster Wahrscheinlichkeit, man darf wohl sagen mit Gewissheit, zu dem Resultate, dass die Höhlenbildung nicht einfach auf cadaveröser Erweichung des Gewebes beruht, sondern schon während des Lebens entweder vollständig entwickelt oder wenigstens der Hauptsache nach in mehr weniger weiter Ausdehnung angelegt sein muss.

Schon einige Mal früher waren mir derartige Veränderungen in den Nebennieren aufgefallen, bei welchen es sich kaum um einfache cadaveröse Erweichung handeln konnte. Aus späterer Zeit stehen mir nur zwei genauer untersuchte Fälle zu Gebote, welche ich als Belege für die hier geäusserte Meinung in aller Kürze mitzutheilen mir erlaube.

I. J. A., 42 Jahre, Steuermann. Gestorben <sup>19/11</sup> 1893. Section <sup>20/11</sup>, nicht volle 24 Stunden nach dem Tode. Anatom. Diagnose: Anæmia gravis. Degeneratio grisea funicularum posterr. medullæ spinalis. Oedema meningiale cerebri. Die sehr kräftig gebaute aber ziemlich magere Leiche ist ganz frisch, sogar ohne Spur von cadaveröser Verfärbung der Bauchdecken. Haut gelblich mit zahlreichen bis hanfsamengrossen roten hämorrhagischen Flecken. Die Veränderungen des centralen Nervensystems in der anatom. Diagnose angegeben. Lungen oedematös mit zerstreuten lobularen pneumonischen Herden. Herz schlaff, etwas dilatirt besonders der rechte Ventrikel (: ostium atrio-ventric. dx.), valvula trienspidalis insufficient. Leber von normaler Grösse, ziemlich resistent, die Schnittfläche beinahe vesvinbraun. Digestionskanal ohne besondere Veränderungen. Milz und Nieren etwas vergrössert und indurirt. »Die mässig grossen Nebennieren enthalten eine weite Höhle, deren blass braungraue Wände ganz glatt sind und etwa das Aussehen einer Schleimhaut zeigen; in den resp. Cavitäten findet sich nur eine Spur von heller Flüssigkeit oder Feuchtigkeit, gar kein trübes erweichtes Material.«

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Nebennieren findet man die Rindensubstanz etwas dünner als gewöhnlich und wenig fett-

haltig, sonst aber von normalem Aussehen. Ihre innerste Schicht ist nur schwach pigmentirt und wird überall nach innen durch eine ziemlich dicke und derbe grobfibrilläre Bindegewebslage abgegrenzt, deren dicht gelagerte Fasern der Oberfläche des Organs parallel verlaufen. Unmittelbar nach innen von dieser Faserlage sieht man an Stelle der Marksubstanz ein maschiges Gewirr von mehr weniger aufgefaserter Bindegewebsbündeln. In diesem losen Bindegewebe finden sich einzelne gröbere Blutgefäße mit sehr verdickter Wandung, hie und da auch spärliche noch erkennbare Reste der Marksubstanz, hauptsächlich aber extravasirtes Blut, entweder das Gewebe infiltrierend oder noch häufiger frei in grössere Gewebslücken in Form von kleinen Herden ergossen, welche Herde indessen nirgends in offener Verbindung mit der Lichtung der centralen Höhle zu stehen scheinen. Die innere gegen die Höhle gerichtete Fläche dieser blutdurchtränkten schwammigen Schicht zeigt nirgends eine scharfe Contour, sondern ist überall leicht uneben wie feinzottig mit kurz abgesetzten isolirten Fasern und niedrigen Gewebsetzen. An einigen beschränkten Stellen fehlt jedoch diese schwammige Schicht, und die Höhlenlichtung reicht bis an die die Rindensubstanz nach innen abgrenzende Faserlage heran.

Die Untersuchung ergibt somit dass hier früher eine krankhafte Veränderung der Marksubstanz stattgefunden hat mit Bindegewebsproduction und Atrophie des Parenchyms, an welcher Veränderung die Rindensubstanz nicht oder wenigstens nur passiv theilhaftig gewesen ist. Wie oder aus welcher Ursache die genannte Veränderung entstanden ist lässt sich wohl kaum entscheiden; vielleicht doch in Folge von kleineren Blutungen ähnlich denen, welche noch jetzt zu sehen sind. Dass es in diesem Falle jemals eine so bedeutende Blutung gegeben habe, das dadurch unmittelbar die weite centrale Höhle entstanden sei, scheint kaum annehmbar in Anbetracht des gänzlichen Mangels an Blutpigment; wobei doch zu erinnern ist, dass auch die jetzt vorhandenen kleinen Blutungen keine Pigmentbildung, allenfalls keine gefärbten Verbindungen hervorgebracht haben. Die ausgedehnte Cavität verdankt somit ihre Entstehung nicht irgendwelcher Veränderung der Rindensubstanz, au wenigsten einer Erweichung derselben, sondern einer Atrophie und Verödung der Marksubstanz mit theilweiser Auflösung und Resorption, welche Vorgänge ja dem Leben gehören. Wie oben erwähnt war die Leiche besonders frisch, und dennoch enthielt die Cavität nur eine Spur von farbloser Flüssigkeit, aber keinerlei sonstige Zerfallsproducte.

II. P. U., 56 Jahre, Arbeiter. Gestorben <sup>29</sup>/<sub>12</sub> 1891. Section <sup>30</sup>/<sub>12</sub>, nicht volle 24 Stunden nach dem Tode. Anatom. Diagnose: Pneumonia fibrinosa bilateralis. Endomyocarditis chronica. Arteriosclerosis. Oedema meningeale cerebri. Die kräftig gebaute Leiche besonders frisch. Allgemeine kräftige Leichenstarre. Die wichtigsten Veränderungen der Brustorgane in der anatom. Diagnose angegeben. Milz klein. Leber, Digestionskanal und Harnorgane von ziemlich normaler Beschaffenheit. Das Gehirn zeigt recht bedeutendes Oedem in den Meningen, sonst keine nennenswerthen Veränderungen. Beide



Nebennieren enthalten eine weite beinahe über das ganze Organ ausgedehnte Cavität, deren Wände blass graubraun sind und eine ziemlich glatte keineswegs fetzige oder filzige innere Oberfläche zeigen. Die Cavität ist zum grössten Theile leer ohne jeglichen weder breiigen noch flüssigen Inhalt, nur liegt darin nach der einen Seite oder Ecke herübergezogen eine weissgraue Masse, welche sich als losgelöste Marksubstanz ausweist.

Die mikroskopische Untersuchung der Nebenniere zeigt die Höhlenwand lediglich aus Rindensubstanz bestehend, deren Zellen nur an einigen beschränkten Stellen grössere Fetttropfen enthalten, sonst überall ganz dicht mit feinen Fettkörnern durchsetzt sind; die runden Kerne mehr weniger deutlich, nicht selten besonders in den inneren Partien nur schwach gefärbt und undentlich. Fleckenweise findet man auch eine mässig dichte Infiltration mit lymphoiden Zellen. Die Structur ist im übrigen gut erhalten, und die innere ziemlich dunkel pigmentirte Schicht schliesst sich im allgemeinen wohl markirt, nicht selten mit einer scharfen Grenzlinie nach innen gegen die Höhlenlichtung ab. Der Grenzsaum wird durch dicht an einander gereihten pigmentirten Zellen gebildet, an denen im allgemeinen keine Zeichen von Zerfall oder Auflösung wahrzunehmen sind, höchstens hier und da einige kleinere Vacuolen. An mehreren Stellen findet man indessen die fortlaufende Flucht der Begrenzungsebene durch kleine unregelmässige Gruben abgebrochen, welche mehr weniger tief in die pigmentirte Zone, nur selten bis in die zona fasciculata vordringen, und durch ihr ganzes Verhalten sich unverkennbar als durch körnigen Zerfall des Gewebes entstanden erweisen. Sie enthalten nämlich nur körnigen und feinfädigen Detritus, zerfallende körnige Zellen und, was ich besonders hervorheben möchte, häufig genug auch deutlich erkennbare rote Blutkörperchen. Kleine Haufen von ähnlichem Detritus trifft man übrigens auch hier und da den ebenen Partien der freien Höhlenoberfläche angelagert.

Wie verhält sich hierbei die Marksubstanz? An einer kleinen Falte der Rinde, in welche die Aushöhlung nicht ganz bis zum Boden vorgedrungen ist, sieht man deutlich die dünne Markschicht in Auflösung begriffen, während die umgebende Rindensubstanz sich unverändert erhalten hat. Eine ebenso bestimmte Antwort giebt die Untersuchung der abgelösten halb frei in der Höhle liegenden weissgrauen Masse. Es zeigt sich dabei, dass sie beinahe ausschliesslich aus Marksubstanz besteht, welche nach der Mitte ganz gut erhalten ist, dagegen in der Peripherie von einer dünnen Schicht umgeben wird, welche nur aus feinen Fasern und Körnchen ohne erhaltene Zellen besteht. Nur an vereinzelten Stellen findet man einige noch erkennbare zerfallende pigmentirte Zellen, welche folglich der Rindensubstanz gehören und wahrscheinlich aus den oben erwähnten kleinen Gruben stammen. Hierdurch scheint für diesen Fall festgestellt zu sein dass es die Marksubstanz ist, welche der eigentliche Sitz des Zerfalles und der Spaltbildung ausmacht, und dass die Rindensubstanz nur in sehr geringem Maasse an diesen Vorgängen theilhaftig ist.

Zum Vergleich habe ich neulich die ebenfalls stark fettdegenerirten Nebennieren untersucht in einem Falle von Septichämie. A. N. 50-jähr. Mann. Gestorben  $2\frac{1}{4}$  1895. Section  $22\frac{1}{4}$ , 25 bis 30 Stunden nach dem Tode. Leiche ziemlich frisch. Die weichen und auffallend dicken Nebennieren zeigen eine deutlich schwellende trüb gelbgraue Schnittfläche, die pigmentirte Zone breit und sehr dunkel gefärbt. Marksubstanz weissgrau, wohl erhalten. Nur an dem einen Organe findet sich Höhlenbildung in Form eines wenig klaffenden Spaltes von ung. 1,5 Cm. Länge, welcher Spalt lediglich der pigmentirten Zone gehört, wo er deren innerer Grenze entlang verlaufend von kaum oder wenig veränderten Zellen eingefasst wird; mithin ein Verhalten, das sich recht wesentlich von dem oben dargestellten unterscheidet.

Auch in dem Falle II scheint somit alles dafür zu sprechen, dass die Höhlenbildung in den Nebennieren nicht als eine einfach postmortale Veränderung aufzufassen sei sondern, wenigstens der Hauptsache nach, vitalen Vorgängen zugeschrieben werden müsse. In dieser Beziehung sind hervorzuheben einerseits die ungewöhnlich frische Beschaffenheit der Leiche, in welcher sonst keine cadaveröse Veränderungen zu entdecken waren, andererseits der Befund von einer geräumigen Cavität mit glatter blasser Wand und beinahe vollständiger Lostrennung der Marksubstanz, übrigens ohne Spur von breiigem Inhalt. Als besonders wichtiger Umstand kommt noch hinzu die Beschaffenheit der freien Wandflächen, welche deutlich genug darthut, dass die Spaltbildung eigentlich zu Stande gekommen ist durch den Zerfall und die Auflösung der äusseren Markschiebt mit wenigstens theilweiser Resorption des verflüssigten Materials; Veränderungen, welche doch nur relativ langsam sich vollziehen können. Aus welcher Ursache eine solche Veränderung und gerade an dieser Stelle aufgetreten ist muss dahingestellt werden; vielleicht spielten auch hier Blutungen eine Rolle, wie die Anwesenheit von freien Blutkörperchen in der Zerfallszone vernuthen lässt.

Was den Sitz der Spaltbildung in Folge von cadaverösen Veränderungen in den Nebennieren betrifft, so bieten sich drei Möglichkeiten dar, von denen jede ihre Vertheidiger gefunden hat. Entweder tritt die Erweichung und Höhlenbildung in der pigmentirten Schicht, der »Intermediärzone« der Rindensubstanz auf (VIRCHOW l. c. und mit ihm wohl die meisten Autoren), oder entsteht sie durch eine Trennung der dunklen weichen Rindenschicht von der festeren Marksubstanz (HENLE l. c.), oder endlich beruht sie auf einer Verflüssigung der Marksubstanz selbst (ZANDER,<sup>1)</sup> LUSCHKA und andere). Vielleicht

<sup>1)</sup> R. ZANDER: Beziehungen der Nebennieren zu anderen Organen. ZIEGLERS Beitr., Bd 7 (1890), s. 503. »Bekanntlich verflüssigt sich die Marksubstanz der Nebennieren bei der Fäulniss ausserordentlich schnell.« Conf. WILKS and MOXON: Lectures on pathological Anatomy, 2nd Ed. 1875, p. 493.

könnte hier noch die Ansicht RAYERS<sup>1)</sup> herangezogen werden, von dem »schon längst der sichere Nachweis geliefert worden, dass der Anschein einer Höhle durch die Zerreißung der dünnwandigen Venen zu Stande kommt.« Selbstverständlich lässt sich eine solche genaue Localisirung nur durchführen in hinreichend frischen Fällen; bei weiter vorgeschrittener Fäulniss werden dergleichen feinere Unterschiede gar zu leicht verwischt. Wie sich indessen die Wirklichkeit den genannten verschiedenen Möglichkeiten gegenüber verhält muss vorläufig dahingestellt bleiben. Für meinen Theil muss ich in Betreff der einfach cadaverösen Höhlenbildung mich der VIRCHOWschen Auffassung anschliessen, indem nach meiner bisherigen Erfahrung der Spalt in der pigmentirten Rindenschicht auftritt. Dagegen in den beiden beschriebenen Fällen, wo schon aus anderen Gründen die Höhlenbildung als intra vitam entstanden aufgefasst werden musste, hat die Gewebsveränderung und Spaltbildung ihren Sitz in der Marksubstanz, während die Rindensubstanz nicht oder nur unbedeutend afficirt ist. Ob dem immer so ist, und ob hierin ein constanter Unterschied gefunden worden, darüber können erst weitere Untersuchungen entscheiden.

Bekanntlich kommen häufig genug in den Nebennieren krankhafte Veränderungen vor, unter denen die wichtigsten makroskopisch erkennbaren, inclus. die grösseren Blutungen, schon oben erwähnt worden sind. In neuerer Zeit hat MAY<sup>2)</sup> die Aufmerksamkeit auf verschiedene weniger auffällige Veränderungen gelenkt, welche er in einer Reihe von Fällen angetroffen hat, in erster Linie die trübe Schwellung und die Fettdegeneration, und als nächst häufige die durch Stauung hervorgerufene capilläre Gefässerweiterung. Mit Bezug auf die vitale Höhlenbildung kommt wahrscheinlich beiden genannten Veränderungen eine nicht geringe Bedeutung zu, insbesondere aber den capillären Gefässveränderungen und den daraus hervorgehenden kleinen Blutungen.

In diesem Zusammenhange möchte ich an eine von JONES and SIEVEKING<sup>3)</sup> geäußerte übrigens ziemlich allein stehende

<sup>1)</sup> P. RAYER: Gaz. médicale 1838. Cit. nach LUSCHKA: Anat. des Menschen, II, 1, s. 373.

<sup>2)</sup> R. MAY: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nebennieren. VIRCH. Arch., Bd 108 (1887).

<sup>3)</sup> JONES and SIEVEKING: Manual of Pathological Anatomy. 2nd Ed. 1875, p. 663.

Ansicht erinnern, welche einigermassen in dieselbe Richtung geht wie die hier dargestellte. Another indication of atrophy is afforded by the apparent formation of a central cavity, which appears to exist in some cases quite distinct from that of the vein. It is formed, we believe, by the wasting of the medullary substance, and the production thereby of a space which is traversed by bloodvessels, and occupied only by serum, and a little stromal fibre. In this way a lax spongy tissue is formed, which softens by post-mortem decomposition, or is easily torn, and the appearance of a cavity thus produced. — Den früheren Ausführungen gemäss geht selbstverständlich auch meine Ansicht dahin, dass sehr wahrscheinlich der Vorgang in manchen Fällen sich in der genannten Weise gestalten kann, so dass die Höhlenbildung den so zu sagen postmortalen Abschluss einer tieferen vitalen Veränderung ausmacht. Dennoch glaube ich dass man auf Grund der oben erörterten Befunde noch einen Schritt weiter gehen darf, und ich nehme somit als Schlussresultat der obigen Untersuchung an, dass in gewissen Fällen in Folge von tieferen krankhaften Veränderungen sich schon während des Lebens eine wirkliche Höhle in den Nebennieren ausbilden kann, welche grosse Ähnlichkeit mit den gewöhnlich vorkommenden cadaverösen Höhlenbildungen darbietet und auch als solche gedeutet worden ist.

---

## Bemærkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi vel duodeni.

Efter et Foredrag, holdt på »Nordvestsjällands Lägeforeuings» Møde  
i Kalundborg den 18de November 1894

af

Dr. med. C. A. BLUME.

---

Blandt de farlige Symptomer ved ulcus ventriculi har Perforationen som bekendt vakt særlig Opmærksomhed.

Her skal kun tales om Perforation i snævrere Forstand, nemlig om de Tilfælde af Perforation, hvor ingen Adhäsion mellem Perforationsstedet og et Naboorgan er indgaaet for Gennembruddet af Ventrikelvæggen.

Den umiddelbare Følge af Maveperforationen er Udtræden af Maveindhold (i alt Fald i de fleste Tilfælde) og undertiden Luft i Bughulen.

Peritonæum reagerer *i Regelen* på de fremmede og infektiøse Stoffers Indtrængen ved akute inflammatoriske Symptomer. Undtagelse gøre de perakute Tilfælde, hvor Patienten dør næsten øjeblikkelig af Shok, samt enkelte andre Tilfælde, der synes temmelig uforklarlige, således SIEBERTS:<sup>1)</sup>

»En 33-årig Mand, der var mistænkt for at lide af ulcus ventriculi, angav, at hans gamle Onde forværredes Dag for Dag, at hele Underlivet nu var smertefuldt og Stolgang ikke kunde fremtvinges. Undersøgelsen viste meget ringe Ömtålighed, derimod Opdrivning af Underlivet og en middelstor Exsudatmasse, som i stående Stilling nåede

---

<sup>1)</sup> Citeret hos LUDWIG MÜLLER: Das corrosive Magengeschwür. Erlangen 1860, S. 107 ff.

omtrent op til Navlen. Den indtrådte Masse måtte være af sej, grødagtig Konsistens; ti når man lod den syge dreje sig fra den ene Side til den anden, varede det nogen Tid, førend Massen flød over. Denne Procedure fremkaldte Vomituritioner, men ingen Peritonäalsmerte. Nogle Gange indtrådte Stolgang, og den syge lå i 5 Dage, før han døde. Sektionen viste et thalerstort Sår med kalløse Rande i pylorus og Stenose af denne. Enorm Dilatation af Ventriklen, på hvis forreste Væg fandtes en Ruptur, i hvis Omfang Væggen var tynd og mør. Mavens contenta vare kun til Dels udtømte. I abdomen lå en smudsig, ilde lugtende, tykflydende Masse, som indeholdt bönnestore, hvide Konkrementer, der bestod af Fedtkonglomerater og andre Spiserester. *Ganske påfaldende var Mangelen på Betændelse af peritonæum; hverken Betændelsesexsudat eller pus eller Karinjektion fandtes.*»

S. mener, at Årsagen hertil var, at peritonæum havde mistet sin sædvanlige Struktur; den var en temmelig fast, fibrøs Membran uden Karrighed. Denne Beskaffenhed var sandsynligvis Residuet efter tidligere overståede peritonitiske Insulter.

L. MÜLLER ser en anden Grund til manglende peritonitis i Marasme og Blodfattighed.

Når, som Regel, peritonitis indtræder, bliver Betændelsen ofte afgrænset ved Adhærencer mellem Underlivsorganer, i det mindste for en Tid; andre Gange indtræder diffus eller næsten diffus peritonitis. Dr. LEE DICKINSON<sup>1)</sup> meddeler, at han ved at gennemgå 50 Sektionsberetninger ved perforeret Mavesår i omtrent Halvdelen af Tilfældene fandt generel peritonitis; i de øvrige var Peritoniten mere eller mindre cirkumskript.

Af fjærnere Følger træffes undertiden Propagation af Betændelsen gennem diaphragma, hvorefter opstår pleuritis eller pericarditis diaphragmatica, end videre Abscesser i de nederste Lungelapper. Sjældnere ses pylephlebitis og Abscesser i Lever eller Milt. Symptomatisk parotitis og andre Metastaser kunne indtræde efter Ventrikelperforation som efter Infektionstilstande i abdomen af anden Årsag.

I de senere År, da mange Kirurger have beskæftiget sig med Perforativperitonitis og der også er udført enkelte heldige operative Indgreb ved perforatio ventriculi, er der fra flere Sider kommet interessante Bidrag til at belyse Maveperforationens kliniske Forløb og Behandling. I det Øjeblik, en ny Behandling er i Færd med at trænge frem, er der Anledning til at dvæle ved *den hidtidige Behandlings Resultater*

<sup>1)</sup> Royal medical and chirurgical society's Forhandlinger. Lancet 17/3 94.

og søge nøjere Oplysninger om Perforationens Diagnose og Prognose for at overveje den nye Behandlings Chancer.

Mange Forfattere nøjes med en summarisk Angivelse af, at perforatio ventriculi næsten altid (eller endog altid) er dødelig, og anbefale i øvrigt den ved akut peritonitis almindelige Behandling.

Bestemte Angivelser om helbredede Tilfælde (uden Operation) har jeg truffet hos FENWICK <sup>1)</sup> og LIEBERMEISTER. <sup>2)</sup> Den sidste skriver: »Jeg har iagttaget flere Tilfælde, i hvilke Diagnosen Maveperforation var sikker, i hvilke blandt andet også Luft kunde eftervises frit i Bughulen, og som endte med Helbredelse. Et af disse Tilfælde angik en Arbejder, der efter Forløbet af den svære peritonitis igen blev arbejdsdygtig i Måneder, men senere kom på Hospitalet for stadig tiltagende Pylorusstenose og Gastrektasi og døde der. Sektionen påviste både Maveperforationen med dens Følger og den efter Sårhelingen opståede cikatricielle Stenose.»

Det anatomiske residuum efter helbredet Maveperforation hos en gammel Kvinde, der senere døde af phthisis, beskrives således: <sup>3)</sup> »Maven var på et Sted nærved cardia og langs curvatura minor fast adhærent til venstre Leverlap, som var lille og hård. Beliggenheden af Adhæsionen var markeret ved en fast gammel Cikatrice i Maven. Læsionen var sandsynligvis af meget gammel Dato og havde Interesse ved at vise, at ulcus perforans ventriculi ikke altid er dødeligt.»

Enkelte Gange er Residuet efter Perforation klinisk påviseligt som en til forreste Bugvæg adhærent tumor i Epigastriet. Tumor dannes af det indtil tommetykke (se nedenfor) infiltrerede Væv omkring Perforationen. — En sådan tumor har givet Anledning til operativt Indgreb under Formodning om cancer. <sup>4)</sup> Der viste sig udbredte Adhærencer mellem forreste Ventrikelvæg, Omentet og forreste Bugvæg. Mikroskopisk fandtes kun Bindevæv. <sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> FENWICK: The morbid states of the stomach and duodenum. London 1868.

<sup>2)</sup> LIEBERMEISTER: Ueber das einfache Magengeschwür. Volkmanns Samml. N. F., Nr. 61. 1892.

<sup>3)</sup> CONOLLY NORMAN: Lancet  $\frac{1}{4}$  93, S. 730.

<sup>4)</sup> TERRIER: La semaine méd.  $\frac{23}{5}$  94.

<sup>5)</sup> Man har under Korrektoren gjort mig opmærksom på følgende Sygehistorie, der viser, at Adhæsion mellem en tumorlignende Induration i forreste Ventrikelvæg og Bugvæggen kan finde Sted, uden at akutte Perforationssymptomer lade sig påvise.



Troen på, at udbredt eller diffus Perforationsperitonit ikke altid er nogen absolut dødelig Sygdom, har fået en væsentlig Støtte ved Beretningerne om de operativt behandlede Tilfælde. Tilsyneladende diffuse ichorøs-purulente Peritoniter ere helbredede ved Incision med eller uden Forsøg på Desinfektion af peritonæum, <sup>1)</sup> endog med fuldstændig Suture af Bugsåret uden Dränage. <sup>2)</sup> I de citerede Tilfælde fandtes Perforationsstedet ikke ved Operationen og må altså antages lukket ved Tilklæbning af et Naboorgan.

Skönt Ventrikelperforationerne vel må antages at give de allerfarligste Perforationsperitoniter, er Helbredelse ved ublodig Behandling mulig, selv i Tilfælde, hvor man fra klinisk Synspunkt må diagnosticere diffus peritonitis. Prognosen afhænger rimeligvis for en væsentlig Del af Mængden og Beskaffenheden af det udflydte Maveindhold og ikke alene af Peritonitens Extension.

För jeg går over til at meddele min Kasuistik af ublodigt behandlede Tilfælde (akute, subakute, kroniske og helbredede), skal jeg fremføre nogle få topografisk-anatomiske Bemærkninger angående Maveperforationen.

Mavesårets Sæde i Almindelighed viser følgende Hyppighedsforhold (BRINTON <sup>3)</sup>): 43 % på Bagfladen, 27 % på den lille

En 21-årig Kvinde behandlede  $\frac{1}{4}$ — $\frac{6}{5}$  91 på Kommunehosp. 3dje Afd. (Prof. F. TRIER) for ulcus ventriculi; hl. a. havde der været tjærefarvede Opkastninger för Indlæggelsen. Tp. normal. Objektivt fandtes en begrænset Omhed i venstre Side af Epigastriet op til Ribbenskurvaturen. Bedring ved den sædvanlige Behandling (Målkediät); hun tålte Fuldkost ved Udskrivningen.

Fra  $\frac{15}{9}$ — $\frac{18}{10}$  1893 behandlede hun på Kommunehosp. 1ste Afd. (Prof. C. STUDSGAARD) for tumor epigastrii. En Forværelse af hendes Ventrikeltilfælde var indtrådt efter en Fødsel. Objektivt fandtes i venstre Side af Epigastriet lige nedenfor Ribbenskurvaturen en hård Intumescens med glat Overflade; Randen omtrent halveirkelformig med Konvexiteten nedad og indad; opadtil mod Kurvaturen kunde den ikke afgrænses. Største Længde 6 Cm. Den var adhärent til Bugvæggen, Integumenterne naturlige.

D.  $\frac{20}{9}$ . Skråsnit over det hårde Parti i 6 Cm:s Længde. Da Fedt- og Muskelvæv var fjærnet, det sidste til Dels degenereret sammen med fortykket Fascie, var der fremdeles Hårdhed i Bunden af Såret. En lille Incision førte umiddelbart ind i Veotriklen, der var intimt fastloddet i hele Hårdhedens Omfang. Såret lukkedes med forsænkede Silkesuturer.

Det følgende År,  $\frac{17}{8}$ — $\frac{16}{9}$  94, behandlede hun atter på 3dje Afd. (Overlæge J. MYGGE) for ulcus ventriculi. Fra Insertionen af C<sub>9</sub> på venstre Side i Retning af umbilicus ses Cikatrice efter Operationen. Under Cikatricen og 2 Fingershredder til venstre for samme føles en tumor, der er let at afgrænse nedadtil og til Siderne, ikke opad. Hun ömmer sig meget stærkt for Tryk her og under venstre Kurvatur. Bedring under den sædvanlige Ulcusbehandling.

<sup>1)</sup> LÜCKE: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd 26, S. 521. WAGNER: Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd 39, S. 70.

<sup>2)</sup> KROENLEIN: Archiv f. klin. Chirurgie, Bd 33, S. 507.

<sup>3)</sup> BRINTON: Diseases of the stomach. London 1859.

Kurvatur, 16 % i Pylorusdelen, 6 % både på forreste og bageste Flade, ofte på symmetrisk Sted, 5 % alene på Forfladen, 2 % på den store Kurvatur, 2 % i Kardiadelen.

Af 100 Sår på Ventriklens Bagflade *perforere* 2, på Forfladen derimod 85, nemlig: i antrum pyloricum 10, på Midten af Organet 13, ved den lille Kurvatur 18, i Kardiadelen 40; dobbelte Sår på For- og Bagflade *perforere* 28 Gange af 100.

Heraf fremgår, hvad også andre Forff. bekræfte, at Perforation hyppigst træffes på Ventriklens Forflade. Denne Del af Organet er jo også på Grund af sin Mobilitet mindst disponeret til at indgå Adhærencer med Nabodele, før Perforationen er fuldbyrdet.

Mavesårets anatomiske Form er tilstrækkelig bekendt fra Lærebøgerne.<sup>1)</sup> Her skal blot mindes om, at efter Perforationen viser Åbningen i peritonæum sig i Regelen nøjagtigt cirkelrund, som hugget med et Huljærn, og er omtrent af en Årts Størrelse. Dette Forhold skyldes den Omstændighed, at Serosaperforationen opstår ved Ruptur, der efterfølges af Retraktion til alle Sider. En mekanisk Årsag til Rupturen er som bekendt klinisk påviselig i en Del Tilfælde (Indførelse af Føde eller Luftudspiling, Muskelbevægelser, såsom Nysen).

Perforatio ventriculi vel duodeni skyldes undertiden en akut Ulceration, der dog ofte optræder som Komplikation på et kronisk Sår. — *Ulcus chronicum* er omgivet af infiltrerede eller kalløse Rande og kan blive Sæde for tardiv Perforation ved fremadskridende Ulceration, eller i det en ny Ulcerationsproces tager Sæde i Bunden af det dannede Ar.

Det *typiske* Mavesår forekommer udelukkende ved den lille Kurvatur eller i nogle få Cm:s Afstand fra denne. Som oftest findes det midtvejs mellem pylorus og cardia, i mange Tilfælde nærmere pylorus, forholdsvis sjældent henad cardia.

Foruden de typiske, terrasseformede Mavesår forekomme *atypiske* Sår ved den store Kurvatur og i fundus; disse kunne være af uregelmæssig Form og ofte have betydelig Størrelse.

Ulcerationerne i *duodenum* have anatomisk Lighed med de typiske *ulcera ventriculi*. Perforation forekommer hyppigst på Forfladen. Peritonæalrupturen er her hyppigst uregelmæssig, takket.

<sup>1)</sup> C. LANGE: Fordøjelsesorganernes patol. Anat. Kbhvn. 1890, er benyttet i det følgende.

Kasuistik<sup>1)</sup> A.

## Akute og subakute Tilfælde med Sektion.

1. 30-årig M.  $\frac{4}{2}$ — $\frac{13}{2}$  80. Perforatio proc. vermiformis; 3 Dage senere (på Hospitalet) perforatio ventriculi. Død 8 Dage efter denne.

Klin. Diagn.: Peritonitis diff. e perforatione proc. vermiformis.

Vil altid have været tilbøjelig til at få lignende Affektioner som nærværende. Tidligere Tilf. have tabt sig ved et Par Dages Sængeleje. D.  $\frac{2}{2}$  fik han pludseligt voldsomme Smarter i Underlivet, især i højre Side. Stærk Opkastning. Behandling med Opium. Tp. 38—39°.

D.  $\frac{5}{2}$ . I Nat fik han stærke Smarter under venstre Ribbenskvratur. Underlivet stærkt oprevet i Epigastriet, overalt spændt og hårdt. Jævnlig Opkastning.

Sektion  $\frac{14}{2}$ . Omentet adhærent til tarmansæ. Ansamling af tyndt pus mellem disse på flere Steder. På proc. vermif. en årtestor Perforation 6 Cm. fra basis. Perforatio antri pylorici.

I pars pylorica ventriculi findes ved den lille Kvratur 2 Ulcerationer, adskilte ved en smal Bro. Den største er tokronestor, Randene skarpe, Bunden gulliggrå med en årtestor Perforation. 2 Cm. nedenfor disse ulcera findes et 3dje, halvkronestort, kun nående gennem mucosa.

2. 44-årig M.  $\frac{21}{3}$ — $\frac{25}{3}$  80. Død 4de Dag efter perforatio antri pylorici. Tidligere Hæmatemese.

Klin. Diagn.: Peritonitis diff. e perforat. ventriculi.

For et År siden behandlet for ulcus ventriculi og Hæmatemese. Senere af og til Smarter i Ventrikelegnen. De sidste Dage have Smarterne været stærkere og hyppigere, og i Nat vågnede han op med voldsomme Smarter i Underlivet, så han strax måtte søge Hospitalet.

Smarterne vedvarende, blive periodevis voldsommere. Gentagne Opkastninger. Han ligger på venstre Side. Bugvæggen kontraheret, hård. Intens Æmhed overalt, selv for let Berøring. Levermæthed begrænset til C<sub>6</sub>, nedenfor tympanitisk Tone. Tp. 38,5. P. 80, lille.

D.  $\frac{22}{3}$ .  $\frac{38}{37}$  (Axil). P. 92, ret kraftig. De voldsomme Smarter have tabt sig efter gentagne Morfininjektioner. Ingen Søvn. Smarterne stråle fra v. hypochondrium nd i v. Skulder og Arm. Underlivet stort, spændt, ømt, særligt i v. Side.

<sup>1)</sup> Alle de ikke-operativt behandlede Tilfælde stamme fra Kommunehospitalets 3dje (medieinske) Afdeling, hvis daværende Overlæge, Prof. F. TRIER, jeg herved bringer min Tak for Tilladelsen til Publikationen. Sygehistorierne ere selvfølgelig reducerede til de efter mit Skøn væsentlige Data. — Som Kandidat og senere som Reservelæge ved Afdelingen, henholdsvis 1886 og 1888—90. har jeg selv haft Lejlighed til at iagttage flere af Tilfældene.

D. 23/3.  $\frac{37,5}{37,8}$  (Axil). Ingen Søvn på Grund af vedholdende Sm.

D. 24/3.  $\frac{37,5}{37}$  (Axil). P. 88. Tilstanden forværet. P. senere 120, lille, tremulerende.

D. 25/3. Smerter og Opkastninger vedvarede, til han døde i Morges.

*Sektion.* Purulent Overtræk over alle Underlivsorganer; tynd *fäkulent* Vädske i abdomen. Perforatio antri pylorici.

Ventriklen ikke dilateret, men hypertrofieret, særlig i Egnen 1 Cm. fra pylorus ved curvatura minor; her findes der et Hul som Enden af en Lillefinger. I Ventriklens Hulhed svarende hertil et tokronestort ulcus med underminerede Rande. Indholdet i Ventriklen dels skidden-brun Vädske, dels større Partikler lignende Rester af Gulerødder.

3. 36-årig M. 17/9—19/9 80. Død 2 Dage efter perforatio ventriculi.

Klin. Diagnose usikker: Blykolik? Fb. typhoidea?

I det sidste halve År hyppige Smerter i cardia, aldrig Opkastninger. De sidste 14 Dage have Smerterne været hyppigere end ellers. *I Dag toge Smerterne særligt Overhånd, flere Gange Kuldegysninger.* Strax ved Indlæggelsen fik han flere Gange regelmæssige Opkastninger, bestående af Alimenter i en grønlig Vädske.

Pat. er bleg og mager. Resp. overfladisk, 30. Underlivet indtrukket, hårdt, ømt overalt, særligt i Epigastriet. P. 120, kraftig.

D. 18/9. Tp.  $\frac{40}{39}$ . Stærke Smerter i Underlivet. P. 116, ret kraftig.

Diaphragma står ved C<sub>5</sub> på bægge Sider. Levermethed næsten dækket af Tarmtone.

D. 19/9.  $\frac{39,8}{39,5}$ . Stærke Smerter. Underlivet halvkugleformigt fremhævet, spændt, ømt. P. lille, 130.

*Sektion.* Ved Åbning af Underlivet udstrømmede en skarpt lugtende Luft. Peritonæum parietale et viscerales næsten overalt belagt med Pseudomembraner, der sammenklæbe Tarmene; i abdomen en ikke ubetydelig Mængde fri, tyndflydende, gulbrun Vädske.

På Forfladen af Ventriklen en gullig Vädske, indeholdende koaguleret Mælk. En ærtestor Perforationsåbning findes på Forsiden af Ventriklen i en Linie lodret ned gennem cardia, 3 Cm. fra curvatura maj. Randene skarpe, belagte med Pusmembraner. På Slimhindesiden en Ulceration af 2½ Cm:s Diameter med skarpt udhuggede Rande og tragtformig.

Ventriklens Slimhinde injiceret; på et enkelt Sted findes små Ekymoser. Muskulaturen hypertrofieret.

4. 38-årig M. 1/11—8/11 80. Død 2 Dage efter perforatio pylori. Stenosis pylori. Gastrectasia. Gangræna pulmonum. Perforationen opstået på Hospitalet.

Klin. Diagn.: Perforatio ventriculi.

I de sidste 2 År dyspeptiske Tilfælde. I Löbet af sidste År 3 Gange profus Hæmatemese. Er i sidste År aftagen 60 Œ i Vægt. Ved Indlæggelsen bleg og mager. Tp. 36—37.

Daglig Ventrikeludskylning.

Diæt: 1 Pot Mælk og  $\frac{1}{2}$  Dåse af Leubes  
Ködextrakt.

Nogen Bedring i Symptomerne var indtrådt, da *der d. 6/11 efter Indtagelse af en Kop infus. sennæ optrådte vedholdende håftige knibende og slidende Smerter i Underlivet.*

Kort efter begyndte Pat. at opbrække en slimet Vædske med tydelige Spor af sangvis.

D. 7/11. Tp.  $\frac{36}{37}$  (Axil). P.  $\frac{108}{128}$ . Underlivet opdrevet. Resistan-  
cen forøget. Æmhed betydelig i venstre fossa iliaca.

D. 8/11. I Löbet af Dagen tålclig vel. I Aftes var Spændingen  
noget aften. Død Kl. 8 Morgen.

*Sektion.* Emphysema pulmonum. Vomica gangrænosa lobi inf.  
sin. Gangræna incipiens lobi inf. d. Pleuritis duplex (stinkende, skid-  
dengrønlig Vædske). Perforatio regionis pyloricæ.

Underlivet indeholder over 1500 Gm skiddengrøn, stinkende, puru-  
lent Vædske, hvori større og mindre Tjavsere og Pusmasser. Ventriklens  
nær til Umbilikaltransversalen, er dilateret. På Forfladen findes i regio  
pylorica en Perforation af 5 Mm:s Længde, 2 Mm:s Bredde med skarpe  
Rande. Omkring Perforationsåbningen Pusmembraner, hvorved den på  
flere Steder loddes til diaphragma. Bagfladen glat og skinnende. Ven-  
triklens Slimhinde bleg. Perforationsåbningen sidder på forreste Væg  
af en Poche, der let optager 3 Fingre. Poehen dannes hovedsagelig  
af duodenum. Perforationen findes på Grænsen mellem Ventriklens og  
duodenum.

5. 26-årig Kvinde.  $\frac{9}{2}$ — $\frac{12}{2}$  81. Død 3 Dage efter perforatio  
ventriculi. Timeglasformig Ventrikel.

Klin. Diagn.: Perforatio ventriculi.

Har i flere År lidt af Kardialgi. Aldrig Hæmatemese. *Et Smerte-  
anfald, der var håftigere end noget foregående, indtrådte Kl. 12 Nat,*  
medens hun havde Vagt som Sygeplejerske, umiddelbart efter Nydelsen  
af salt Plukfisk og Kaffe. Hun fik strax en stærk Kulderystelse, efter-  
fulgt af Hede, intens Hovedpine og Smerter i Underlivet, mest i Epi-  
gastriet. 3 Gange Opkastninger.

Hun er kraftigt bygget og velnæret, ligger med optrukne Under-  
extremiteter. Tp. 40,6. Diaphragma højststående. Levermæthed ab-  
solut fra C<sub>5</sub>. Underlivet stærkt spændt, ikke fremhævet. Perkussions-  
tonen dæmpet mellem h. Kurvatur og Umbilikaltransversalen samt i  
cardia, hvor der er stærk Æmhed for Tryk. På det øvrige Underliv  
tympanitisk Tone og kun ringe Æmhed.

Inj. morph. Is intus et extra.

D. 10/2. Tp.  $\frac{40,8}{38,8}$ . P. 124. Ret god Søvn. Resp. 32. Tungen  
tør. Underlivet let opdrevet, ømt overalt, selv for let Berøring.

D.  $11\frac{1}{2}$ .  $\frac{40,4}{39,8}$ . P. 112. Tiltagende Kollaps. Dæmpning på de deklive Sidepartier af Underlivet.

D.  $12\frac{1}{2}$ .  $\frac{39,9}{38,7}$ . P. 142, næppe tællelig, uregelmæssig. Ingen Opkastning.

*Sektion*  $13\frac{1}{2}$ . Oedema et hyperæmia partialis pulmonis utriusque. Degeneratio parenchymat. hepatis et renum. Peritonitis purulenta e perforatione ventriculi.

Stærk Injektion af peritonæum parietale et viscerales. Tarmene sammenklæbede, pusbelagte, ligeså Bækkenorganerne og lever, der er adhærent til diaphragma ved en Pusmembran. I de deklive Partier af Underlivet en rigelig Mængde tyndt, grågult pus.

Ventriklen timeglasformig. Indsnöringen ligger 15 Cm. til venstre for pylorus. På Indsnöringsstedet findes i Egnen af curvatura minor en overfladisk, ærtestor, til Dels cikatriceret Ulceration i Slimhinden. Ved nederste Rand af Indsnöringen en knappenålshovedstor Ulceration, gennem hvilken en Sonde kan føres ud gennem serosa, der i et ærtestort Parti er opflosset og ulcereret; de tilgrænsende Partier derimod normale.

Ventriklens Slimhinde i øvrigt slimbelaet, hist og her med små Ekkymoser. Ventriklen ikke adhærent til pancreas.

6. 44-årig Mand.  $\frac{8}{10}$ — $\frac{9}{10}$  81. Död 29 Timer efter perforatio ventriculi.

Klin. Diagn.: Peritonitis diffusa (e perforat. ventriculi?).

Han har i mange År lidt af Mavetilfælde. I Løbet af den sidste Måned har Tilstanden forværret sig.

*I Morges* ( $\frac{8}{10}$ ) Kl. 5, da han gik til sit Arbejde, indtrådte et Anfald med meget stærke Smerter, hvorfor han søgte Hospitalet. Han indtager venstre Diagonalleje med optrukne Underextremiteter, tåler ikke at röre sig.

Bugvæggen spændt, ikke opdreven, overalt tympanitisk lydende, ikke öm. Tp. 38,4. P. 120. Resp. 28.

D.  $\frac{9}{10}$ . Tp. 38. P. 130, lille. Resp. 28. Har sovet lidt i Nat. Har ligget og krympet sig i Smerter. Flere Gange Opkastning.

Facies abdominalis. Bugvæggen bråtbård. Epi- og Hypogastriet fremhævede, Mesogastriet indsunket. Ingen Ömhed af Bugvæggen. Tympanitisk Tone over hele Underlivet, nående op til  $C_5$  på begge Sider, så at Levermethed ikke kan påvises. Död Kl.  $10\frac{1}{2}$  Fm.

*Sektion*  $10\frac{10}{10}$ . Emphysema partiale et hyperæmia pulmonum. Degeneratio adiposa myocardii. Degen. parenchym. renum. Peritonitis diffusa e perforatione ventriculi.

Peritonæum parietale et viscerales sammenklæbede, pusbelagte og injicerede. Tarmansæ adhærente indbyrdes, mellem dem større Pusmasser. Rigelig tynd, grøngul, fnugget Vædske i de deklive Partier af abdomen. Ventriklen er på sin Forflade belagt med talrige, til Dels netformigt forgrenede, let afskrabelige Exsudatmasser, serosa på Bagfladen derimod ren.

Omtrent svarende til Midten af curvatura minor findes på Ventriklens en lidt uregelmæssig, puklet Prominens af 9 Cm:s Længde og 5—6 Cm:s Udstrækning ovenfra nedad. Midt på denne findes en glatrandet, ligesom udhugget Perforationsåbning. Scrosa i Omfanget stærkere injiceret end på de andre Steder af Ventriklens.

Efter Opklipping af Ventriklens ses den omtalte Prominens at kommunikere med cavum ventriculi ved en Åbning, som måler  $4\frac{1}{2}$  og  $2\frac{1}{2}$  Cm. I Ventriklens gulligt Indhold. Alle Lagene i Ventrikelvæggen hypertrofierede.

7. 34-årig Kvinde.  $15\frac{1}{9}$ — $15\frac{1}{9}$  82. Indkom døende. Perforation på Bagvæggen af Ventriklens.

Klin. Diagn.: Peritonitis acuta diff.

Ingen Anamnese. Tp. 37. P. 80. Tungen fugtig, hvidlig belagt på Midten. Hæftige Smarter i Underlivet. Dette er svagt opdrejet, ikke spændt, meget ømt for Berøring. Ingen Opkastning. Urinen uden albumen.

Sektion  $16\frac{1}{9}$ . Diaphragma højststående, ved C<sub>4</sub> på begge Sider. Emphysema pulmonum. Hydrothorax duplex.

I peritonæum findes omtr. 1000 Gm uklar, brungul Vædske af fækal Lugt. På Overfladen af Tarmene, navnlig af colon transversum, og på Omentets Forflade findes en tæt Aflejring af dels løst siddende, dels fast tilhæftede Pusflug. Imellem Tarmslyngerne indbyrdes ret betydelige Adhæreencer.

Ventriklens Slimhinde glat og noget slimbelagt. Omtrent midt på Bagvæggen, lidt nedenfor curvatura minor, findes en godt årtetor Perforation med tragtformige, indurerede Rande, forsnævrende sig udad og ved temmelig faste, ældre Adhæreencer hæftede til colon transversum og saccus epiploicus.

8. 35-årig Kvinde.  $25\frac{1}{1}$ — $27\frac{1}{1}$  83. Død 10 Dage efter Perforation på Forfladen af Ventriklens. Ventriklens klæbet til Leveren.

Klin. Diagn. (på Grund af skuffende Omstændigheder stillet som:) Hæmatocele retrouterina. Peritonitis diffusa.

8 Dage før Indlæggelsen stærke Smarter i Underlivet, strålende ud til forskellige Sider. Hun fik Kvalme, Hikke og hårdnakkede Brækninger. Hun har ligget til Sængs de sidste Dage. Udtrykket lidende, angsteligt. Talen kuperet. Hun indtager venstre Sideleje med optrukne Ben. Klager over stærke Smarter i Underlivet, hvorfra de stråle ned i Bækkenet og op i Ryg og Skuldre. Diaphragma højststående. Levermæthed tilstede. Underlivet stærkt opdrejet og spændt, særdeles ømt overalt.

Tungen fugtig, hvidlig belagt. Betydelig Dyspnø. Resp. 38. Tp. 38,2.

D.  $26\frac{1}{1}$ . Tp. 39,7. P. 156. Har næsten ikke sovet, stadig klynket. Stærk Tørst. P. minimal, utællelig. Resp. 72. Underlivet halvkugleformigt opdrejet.



D. 27/1.  $\frac{39,6}{39,5}$ . Stärk Uro. Ingen Søvn. Underlivet stærkere spændt.

*Sektion* 28/1. Degeneratio parenchym. organorum. I abdomen en Masse Vædske, som i de øverste Partier er gul med hvide Fnug, på de deklive Partier purulent. Perforatio ventriculi.

Alle intestina sammenloddede ved en Masse hvide, geleagtige Membraner og Tarmene sribet injicerede, med Anæmi på Berøringsfladerne. Ventriklen klæbet til Leveren, denne til diaphragma.

Ventriklen viser efter Lösning fra Leverens venstre Lap en omtrent 10-ørestor Perforation, der er lukket ved de fibrinøse, sammenlimende Membraner. Ved Opklipping findes denne Perforation at svare til et terrasseformigt Sår på Forfladen, omtr. 3 Cm. fra curvatura minor og 5,5 Cm. fra cardia. Et lignende, ikke perforeret Sår findes ved curvatura minor, 9 Cm. fra cardia.

9. Kvinde.  $\frac{19}{5}$ — $\frac{20}{5}$  83. Død 1? Dag efter Perforation på Forfladeu af Ventriklen. Pneumoperitonæum maskeret ved pleuritis adhæsiva dextra.

Klin. Diagn.: Peritonitis diff. e perforatione ventriculi.

I de sidste Dage har hun ikke følt sig rask, men haft Trykken i cardia og Hjærtebanken. Først i Dag gik hun til Sængs, havde mange Smertes i cardia og over hele Underlivet. Har haft Opkastninger, der til Slutning havde et kaffegrumslignende Udseende. Aldrig tidligere lignende Opkastninger eller hæftige Smertes i cardia. I Dag tillige Smertes i begge Skuldre. Hun er kraftigt bygget, velnæret. Ansigtet kongestioneret. Levermethed fra C<sub>7</sub>. Underlivet meget opdrevet, hårdt og spændt, overalt meget ømt for Berøring. Ved let Perkussion overalt tympanitisk Tone. Tp. 39,3. P. 144, lille. Resp. 44.

D.  $\frac{20}{5}$ . Har i Nat klaget over Smertes i Skuldrene. Blev funden død Kl.  $3\frac{1}{2}$ .

*Sektion*  $\frac{20}{5}$ . Oedema et hyperæmia pulmonum. Pleuritis adhæsiva dextra. Degeneratio parenchym. organorum. Perforatio ventriculi.

Ved Åbning af Underlivet udstrømmer en rigelig Mængde Luft. I de deklive Partier omtr. 1000 Gm lysegul, purulent Vædske. Vædsken er rigeligst i øverste Del af Underlivet og er her af et stærkere gulfarvet Udseende, blandet med Spiserester. På alle intestina rigelige bløde Belægninger.

Ventriklen sammenfalden, med foldet Slimhinde. På Forfladen,  $3\frac{1}{2}$  Cm. fra curvatura minor,  $6\frac{1}{2}$  Cm. fra cardia, findes et ulcus af uregelmæssig rund Form, med skarpt afskårne, til Dels underminerede Rande, tydelig Tragform, 2 Cm. i Gennemsnit. Såret er perforeret med en Åbning genuem serosa på 4 Mm. På Peritonæalovertrækket er der i Omfanget ældre bindevævsagtige Fortykkelser samt rigeligt frisk, purulent Exsudat.

På Bagfladen af Ventriklen i samme Afstand fra cardia og curvatura minor findes et Sår af noget mindre Udstrækning, gående gennem alle Ventriklens Lag, men tillukket af den fastloddede pancreas.

10. 33-årig Mand.  $18\frac{1}{5}$ — $19\frac{1}{5}$  84. Död 28 Timer efter perforatio antri pylorici (Forfladen). Pleuritis et pericarditis.

Klin. Diagn.: Peritonitis diff. e perforatione ventriculi.

I det hele rask til for 2 Måneder siden, da han begyudte at føle Smerter i Underlivet.

D.  $17\frac{1}{5}$  Kl.  $9\frac{1}{5}$  Aften fik Pat., der befandt sig vel, pludselig overordentlig stærk Smerte i Underlivet, nærmest omkring umbilicus, og Opkastninger, dels alimentöse, dels grønlig.

Han var ved Indlæggelsen overordentlig medtagen. Tp. 37,8 i Axillen. P. 100, ret kraftig. Resp. 28, overfladisk, højkostal. Levermæthed fra C<sub>4</sub>.

Underlivet lidt indtrukket, Bugvæggen stærkt spændt, meget öm overalt, isär i Egnen omkring umbilicus. Perkussionstonen mat i de deklive Sidepartier.

Kl. 7 Aften kollaberede han og døde Kl.  $1\frac{3}{4}$  om Morgenen d.  $19\frac{1}{5}$ .

Sektion  $19\frac{1}{5}$ . Bronchiectasis partialis dextra. Pleuritis fibrinosa acuta duplex. Pericarditis partialis fibrinosa. Perforatio antri pylorici.

Underlivet noget opdrevet og spændt. Tarmene og Ventrikklen meteoriserede. Alle viscera og peritonæum parietale ere belagte med og löscligt sammenklæbede ved tykke, friske, gule, pusinfiltrerede Fibrinmasser. Tillige findes et äggesöbelignende, smudsig farvet, tyndtarmsindholdlignende Exsudat.

På Forfladen af pars pylorica ventriculi, dækket af Leverens Underflade, findes en ärtestor, rundagtig, skarprandet Perforation. Ingen Adhärenser i Omfanget. Ventrikklen ikke dilateret.

I annulus pylori, der har normale Dimensioner med Hensyn til Vægtykkelse og lumen, findes på Forfladen et 25-örestort ulcus af skäv Tragform. I Begyndelsen af duodenum findes på Bugvæggen en Ulceration af rund Form med skarpe Rande, gående gennem mucosa.

11. 34-årig Kvinde.  $29\frac{1}{10}$ — $4\frac{1}{11}$  84. Död 9 Dage efter Perforation på Forfladen af Ventrikklen. Peritonitis circumscripta, senere diffusa. Pleuritis diaphragmatica sicca. Leverabscesser.

Klin. Diagn.: Peritonitis diffusa acuta.

For 3 Dage siden (d.  $26\frac{1}{10}$ ) fik hun pludseligt stærke Smerter i abdomen, i Begyndelsen i överste Del, men hurtigt spredende sig over hele Underlivet, navnlig stærke i højre fossa iliaca. Samtidig med Smerternes Indtræden fik hun Opkastning.

Hun var ved Ankomsten til Hospitalet meget medtagen. Resp. 21, højkostal. Abdomen stærkt fremhvalvet, spændt, højre Side mest prominere. Palpation og Perkussion meget smertefulde. Tonen overalt tympanitisk.

D.  $30\frac{1}{10}$ . Tp.  $\frac{38,3}{37,4}$ . P. 104. En Del Hikke, Kvalme og Opstöd. Ingen Opkastninger. Tg. fugtig, en Del belagt. Underlivet halvkugleformigt opdrevet, Bugvæggen spændt, ikke särlig öm. Hepar kan udperkuteret fra C<sub>4</sub> til C<sub>6</sub>.

D.  $31\frac{1}{10}$ .  $\frac{38}{37,6}$ . P.  $\frac{116}{108}$ , ret fyldig. Tg. kläbrig, Stemmen svag.

D.  $\frac{1}{11}$ .  $\frac{38,3}{37,8}$ .  $\frac{120}{108}$ . Tg. tår, hvidlig belagt. Underlivet uforandret.

D.  $\frac{2}{11}$ .  $\frac{38}{38}$ .  $\frac{124}{112}$ .

D.  $\frac{3}{11}$ .  $\frac{38}{38,5}$ .  $\frac{136}{116}$ . Siden Midnat har hun i flere Gange opkastet i alt  $1\frac{1}{2}$  Spyttekrus fuldt af en sortagtig Vædske.

D.  $\frac{4}{11}$ .  $\frac{38,4}{38,7}$ .  $\frac{140}{108}$ . Har sovet en Del i Nat, men været uklar. 2 Gange sparsom Opkastning. Kl.  $11\frac{1}{2}$  Kollaps. Død Kl.  $3\frac{1}{2}$  Em.

*Sektion*  $\frac{5}{11}$ . Hyperæmia et oedema pulmonum. Degeneratio parenchym. renum. Pleuritis diaphragmatica duplex sicca. Perforatio ventriculi.

Ved Åbningen af Underlivet fandtes Bugvæggen agglutineret til viscera ved friske, bløde, fibrinøse Membraner, som også sammenklæbe viscera indbyrdes. Under venstre Halvdel af diaphragma fandtes en afkapslet Hulhed, hvori ontr. 1500 Gm æggesøbelignende, tyndflydende, stærkt stinkende Vædske. Hulheden begrænses opad af diaphragma, nedad af Ventriklen, på hvis Forflade findes en 25-øresstor Perforation, og Overfladen af venstre Leverlap, til højre af lig. suspensorium hepatis, der er stærkt forskudt til højre, til venstre dels af Milten, fortil af Bugvæggen. Peritonæum er overalt injiceret, ekkymoseret, svullent; hist og her findes små pusfoci mellem Tarmene.

På Ventrikklens Forflade findes et Par Cm. nedenfor Midten af curvatura minor en skråt forløbende Perforation af alle Væggens Lag. Symmetrisk beliggende på den anden Side af Kurvaturen findes en stråleformig Cikatrice.

Leveren fastklæbet til diaphragma ved pusinfiltrerede Fibrinmasser; hist og her nødstore pusfoci, som komprimere Levervævet.

12. 20-årig Mand.  $\frac{14}{11}$ — $\frac{14}{11}$  86. Død 3 Dage efter perforatio duodeni. Stenosis cicatricialis cardiæ. Dilatio ventriculi.

Klin. Diagn.: Peritonitis diff. e perforatione ventriculi.

I det sidste Års Tid har han jævnlig lidt af Trykken og Smerter i cardiæ.

For 3 Dage siden fik han meget stærke Smerter i cardiæ og Opkastninger. Han gik dog oppe til i Går Eftermiddags, da Smerterne bleve uudholdelige, hvorfor han gik til Sängs.

Tp. 38,5. P. ikke følelig. Resp. overfladisk. Han klager over stærke Smerter i Underlivet, ligger stille i Rygleje med jævnlige Opkastninger af en surt reagerende, tynd Vædske uden fremtrædende Lngt.

Underlivet noget opdrevet, stærkt spændt, meget ømt i øverste Halvdel omtrent til umbilicus, mindre i nederste Halvdel. Død Kl.  $7\frac{1}{2}$  Eftermidd.

*Sektion*  $\frac{15}{11}$ . Stenosis cardiæ. Pneumonia hypostatica duplex. Degeneratio parenchym. renum. Perforatio duodeni.

I cavum peritonæi omtr. 3000 Gm gulfarvet, plumret, purulent Vædske og en Del Luft. Peritonæum overalt Sæde for fin Injektion og Ekkymoser og belagt med friske, bløde, pusinfiltrerede Pseudomembraner. På de deklive Partier, navnlig i fossa Douglasii, findes stærk Pustilblanding i Exsudatet.

Ved at løfte hepar lidt i Vejret ses 4 Cm. til højre for Midtlinien umiddelbart under vesica fellea en rundagtig, skarprandet, 10-örestor Perforation, hvoraf lysgul, galdefarvet Vædske udflyder i rigelig Mængde. I Omfanget af Perforationen betydelig Fortykkelse af peritonæum og Adhærencer med de omgivende Dele. Perforationen har sit Sæde på forreste överste Væg af pars horizontalis sup. duodeni umiddelbart nedenfor pylorus. Den gennemborer Tarmvæggen skævt og har Tragtform. Slimhinden er i Omfanget Sæde for fast og tyk cicatriciel Bindevævsdannelse. Ventriklen betydeligt dilateret. Curvatura maj. når 3 Fingersbredder under umbilicus.

Ostium cardiacum forsnævret, optager knap en Lillefinger. Forsnævringen skyldes en stjerneformig Cikatrice, der strækker sig lidt op i oesophagus og lidt ned i Ventriklen.

Pylorus ligeledes noget forsnævret.

13. 60-årig Mand.  $21\frac{1}{4}$ — $22\frac{1}{4}$  87. Indkom døende. Död 2 Dage efter Perforation på Ventriklens Forflade.

Klin. Diagn.: Peritonitis diffusa.

Han har i de sidste 3 Uger lidt af Smerter omkring i Underlivet uden bestemt Lokalisation, ingen Kvalme eller Opkastning. Appetit ringe.

*I Går Middags (d.  $20\frac{1}{4}$ ) fik han pludseligt uden bekendt Årsag stærke Smerter i Underlivet. Ingen Opkastning eller Hikke.*

Han er mager, med lidende Ansigtsudtryk. Tungen halvtör, stærkt hvidlig belagt. Tp. 36. P. 114, lille og blöd. Han klager over stærke Smerter i Underlivet, navnlig dettes nederste Partier.

Underlivet i ringe Grad opdrevet, stærkt spændt, temmelig ömt for Tryk overalt, navnlig i de nederste Partier.

D.  $22\frac{1}{4}$ . Tp. 38. P. ufölelig. Urinen afgæet involuntært. Död Kl. 12 Middag.

*Sektion  $23\frac{1}{4}$ . Phthisis et plenritis adhesiva duplex. Degen. parenchymatosa myocardii et renum. Hepar adiposum. Perforatio ventriculi.*

I cavum peritonæi 300 Gm seropurulent, blakket Vædske, ingen Luft. Tarmene overalt sammenloddede ved friske, fibrinöse Belægninger.

På Ventriklens Forside, 3 Cm. fra Midten af curvatura minor, findes et tragtformigt, perforeret Sår. På Slimhindesiden er Såret halvkronestort, Perforationen ärtestor. Peritonæum er i Omfanget belagt med Fibrinmembraner, som synes at have loddet Perforationsstedet til Underfladen af venstre Leverlap, der ligeledes er belagt med Fibrinmembraner.

Symmetrisk til Perforationen findes på Bagsiden af Ventriklen en Ulceration, der når i Dybden til museularis. En noget større Ulceration (gennem Slimhinden) löber på tvärs over den lille Kurvatur.

14. 23-årig Kvinde.  $12/_{11}$ — $17/_{11}$  88. Død 30 Timer efter Perforation på Forsiden af Ventrikklen. Pneumoperitonæum. Perforatiouen opstod på Hospitalet.

Klin. Diagn.: Peritonitis diffusa e perforatioue (ulens ventriculi).

For 5 Uger siden fik hun en Nat stærke Smerter i Underlivet med håftige Opkastninger. Disse Tilfælde tabte sig hurtigt; men siden har hun haft Trykken og Smerter i cardia.

God Ernæringstilstand. Tegn på Klorose.

Der er betydelig Æmhed for Tryk i venstre hypoehoudrium på et begrænset Parti, Underlivet ellers naturligt. Tp. 38,4.

De følgende Dage svandt Æmheden i venstre Side af Underlivet, huu befandt sig vel og spiste med Appetit let Kost. Tp. hver Aften  $38^{\circ}$  eller lidt over.

D.  $16/_{11}$ .  $\frac{37,7}{38,4}$ .  $\frac{64}{120}$ . I Aftes Kl.  $8\frac{1}{2}$  fik hun pludseligt stærke Smerter i Epigastriet. Smerterne have været vedholdende; der har været sparsom Opkastning, af og til Hikke.

Underlivet ikke synderligt opdreuet, men overordentligt ømt for Berøring, navnlig opadtil til venstre. Bugvæggen stram.

D.  $17/_{11}$ . Underlivet blev i Løbet af Aftenen noget opdreuet; tympanitisk Tone på bølge Sider til  $C_4$ ; ingen påviselig Levermethed. Døde i Morges Kl. 3.

Sektion  $17/_{11}$ . Degeneratio parenchym. rennm. Anæmia universalis. Perforatio ventriculi.

Underlivet ubetydeligt udspændt. En Del Luft i cavum peritonæi. I abdomen omtr. 2 Liter plumret, slimet, gulbrun Vædske, og peritonæum er overalt injiceret, ekkymoseret og belagt med tykke, gulgrønne Fibrinmasser. Ventrikklen, som ligger temmelig højt oppe under venstre Kurvatur, viser på Forfladen lidt til højre og ovenfor Midten en årtstor Perforation, af hvilken en lignende gulgrøn Vædske som den i cavum peritonæi udflyder.

Ventrikkens Slimhinde er uoget fortykket og ligger i Længdefolder. På forreste Væg et 2-ørestort, terrasseformigt ulcus svarende til Perforationen. Bunden af Uleerationen dannes af serosa i stor Udstrækning omkring Perforationen.

Symmetrisk med dette ulcus findes på Bagfladen en Cikatrice med stråleformig Rynkning af Slimhinden.

15. 16-årig Kvinde.  $11/_{5}$ — $13/_{5}$  89. Død 6 Dage efter Perforation på Bagfladen af Ventrikklen.

Klin. Diagn.: Peritonitis acuta diff.

Hun har lige gennemgået diphtheritis faucium. (Udskrevet fra Blegdamshosp. d.  $5/_{5}$ .)

D.  $7/_{5}$  fik hun voldsomme Smerter i Underlivet, diffust udbredt overalt. Samtidig fik hun rigelige Opkastninger.

Huu er meget anæmisk, stærkt afmagret, klynkende. På Overlåben et Par Herpesblegner. Resp. overfladisk, 40.

Underlivet stærkt udspilet, Bugvæggen stram, meget øm, selv ved den letteste Berøring. Ingen bestemt Lokalisation af Æmhed eller Smerter. Tungen fugtig. Tp. 39,6.

D.  $12/5$ . Tp. 39,2. Har haft Kvalme, Opstød, Hikke og en grønlig Opkastning i Morges.

Resp. 24, højkostal. P. 120, let sammentrykkelig. Udseendet febrilt, Blikket mat. Tungen halvtør, klæbrig, belagt på Midten.

Ved enhver Bevægelse føler hun stærke Smerter i Underlivet. Dette er halvkugleformigt spændt, bræthårdt, meget ømt for Berøring. Levermæthed fra  $C_6$  til Kurvaturen.

D.  $13/5$ .  $\frac{39,3}{40,2}$ .  $\frac{104}{132}$ . Gentagne grønne Opkastninger, i alt et Spyttekrus fuldt. Resp. 20, med apnøiske Intervaller. Død Kl. 8 Em.

*Sektion  $14/5$ .* Pneumonia hypostatica sin. Hyperplasia lienis. Degen. parenchym. myocardii, hepatis et renum. Perforatio ventriculi.

Ingen Luft i Underlivet. Colon transversum og Ventriklen stærkt udspilede, fyldte øverste Del af cavum abdominis. Omentet er udbredt over Tarmslyngerne, fastklæbet til disse ved friske, tynde, fibrinøse Belægninger. Tarmenes Berøringsflader ere anæmiske; i øvrigt er deres serosa injiceret. På flere Steder ere Belægningerne tykkere, således navnlig på lepar, lien, i højre fossa iliaca og i det lille Bækken.

Ventriklen er udspilet af tynd, galdefarvet, fæklent Vædske. Efter Løsning fra Omgivelserne ses på Bagfladen, omtrent midtvejs, tæt op ved curvatura minor, en godt 25-øre stor, rund, skråt løbende Perforation. På Forfladen af pancreas findes et dekoloreret Parti med tynde Belægninger svarende til Perforationsåbningen, som synes at have været lukket derved. Peritonæum er i Omfanget af Perforationen misfarvet og noget fortykket.

16. 49-årig Mand.  $14/12$ — $20/12$  89. Død 7 Dage efter perforatio duodeni. Abscessus subphrenicus sin. Lokalt pneumoperitonæum. Terminal ileus på Grund af Sammenklæbning af tarmansæ.

Klin. Diagn.: Peritonitis circumscripta e perforatione et ileus.

Han har i Løbet af de sidste 2 År jævnlig været behandlet for Ventrikeltilfælde. Aldrig Hæmatemese.

For et Par Dage siden iagttog han melæna.

D.  $14/12$  fik han ved Middagstid et stærkere Smerteanfald end sædvanligt — han havde til Frokost spist et Stykke Æl — og indkom i Hospitalet i kollaberet Tilstand, med kolde Extremiteter, næsten ufølelig Puls på 56. Tp. 37,4. Resp. overfladisk, 48.

Han rettede sig efter Återinjektion, og Smerterne aftog efter Morfin. Underlivet indtrukket, hårdt, overalt ømt for Tryk.

D.  $15/12$ .  $\frac{38,9}{39,2}$ . P. 80, kraftigere og næsten regelmæssig. En Del Opstød og en ubetydelig Opkastning.

Underlivet temmelig stærkt opdrevet og stramt, næsten bræthårdt. Æmhed middelmådig overalt. Levermæthed fra  $C_4$  til  $C_6$ .

D. 16/12.  $\frac{39,5}{39,7}$ .  $\frac{92}{96}$ . Har sovet en Del. Smerterne i Underlivet aftagne. Underlivet holder sig diffust opdrevet, Ömheden synes störst i Epigastriet.

D. 17/12.  $\frac{38,8}{38,7}$ .  $\frac{96}{84}$ . I Går og i Nat nogle små, i Morges to store Opkastninger, i alt 1200 Kcm. tyud, grönlig Vädske.

D. 18/12.  $\frac{38,6}{39,3}$ .  $\frac{92}{88}$ . I sidste Dögn stadige Opkastninger, i alt flere Fade fulde. Det sidst opkastede danner en grönlig, jävn Suppe af fäkaloid Lugt.

Ingen Afgang af Vinde i flere Dögn.

D. 19/12.  $\frac{40,2}{40,2}$ .  $\frac{120}{124}$ . Opkastningerne vedvare (800 Kcm.). Bugväggen ikke meget spändt; man kan föle udspilede Tarmslynger. Der udtömmes en rigelig Mängde fäkaloid Vädske ved

Ventrikeludskylning.

D. 20/12. Tp. 39,9. Under stärk Dyspnö og vedvarende Uro döde han Kl. 3 $\frac{3}{4}$  Fm.

Sektion 20/12. Degen. parenchym. myocardii, hepatis et renn. Phthisis dextra.

Ved Åbning af Underlivet, som ikke er meget udspilet, udströmmes fra den överste Del af cavum peritonæi en rigelig Mängde stinkende pus sammen med en ringe Mängde Luft. Der opsamledes omtrent 1500 Kcm. pus, som var indesluttet i en begränset Kavitet under diaphragma, väsentligt venstre Side. Begränsningsen dannes af diaphragma, venstre hypochondrium, Bugväggen, Lever, Ventrikel og sammenloddede tarmansæ. Väggens er belagt med tykke, let aföselige purulente Membraner. Leverens Underflade sammenloddet med Ventriklens Forflade.

I nederste Del af Underlivet ere Tarmene let sammenklæbede; men der er ingen Pusansamling. Dnodenum og den överste Meter af ileum ere udspilede, den övrige Del af Tarmen sammenfalden. På Gränsen af disse to Partier er Tarmen let stenoseret ved udvendige Beläggninger og lidt drejet om sin Axe.

Överste Del af duodenum er adhärent til Leverens Underflade og Galdeblären; ved Lösning fremkommer i duodenum et kronestort Substansstab, som i alt Fald for störste Delen er artificeilt. I pars horizont. sup. duodeni findes på Bagfladen 1, på Forfladen 2 aflange, transverselt forløbende, skarprandede Uleerationer.

### Foreløbige Bemærkninger.

Blandt oven nævnte 16 Tilfælde findes intet af de foudroyante, som ende dödligt på nogle Minutter eller få Timer. Sådanne ville näppe nå til Observation på Hospital.

Efter Forløbets Varighed må de foreliggende Tilfælde betegnes som akute og subakute Tilfælde af Maveperforation.



*Tidsrummet fra Perforationsøjeblikket til Døden* var i 1 Tilfælde rimeligvis mindre end 1 Døgn (Pat. indkom døende; Anamnese kunde ikke optages); i 4 Tilf. 1 Døgn eller få Timer derover, i 3 Tilf. 2 Døgn, i 2 Tilf. 3 Døgn, i 1 Tilf. 4 Døgn, i 5 Tilf. henholdsvis 6, 7, 8, 9 og 10 Døgn.

Heraf ses, at der i adskillige Tilfælde har været *Tid* til at overveje Behandlingsmåden og eventuelt gøre Operation, hvis Diagnosen havde kunnet stilles strax efter Perforationen.

*Perforationens Sæde* var 14 Gange *Forfladen* af Ventriklen (12) eller *duodenum* (2), 2 Gange *Bagfladen* af Ventriklen.

Med Henblik til mulig operativ Behandling skal jeg give følgende Detaljoplysninger om Perforationens Sæde.

I 6 Tilfælde (alle Mænd) sad Perforationen i *pars pylorica* eller *duodenum*, som det følgende vil vise på Lokalteter, der ere relativt lettest tilgængelige for operativ Behandling. Grunden er den, at Pylorusdelen er mest mobil og lettest at føre frem gennem Laparotomisåret.

De 2 Perforationer midt på *Bagfladen* høre ikke til de ntilgængelige for operativ Behandling, som senere vil ses.

Af de 8 Perforationer på *Forfladen* synes de fleste at have siddet omtrent ved Midten af Ventriklen, nogle angives at sidde til højre for Midtlinien, andre henimod *cardia* (5—6 Cm. fra denne).

Så vidt jeg kan skønne, har kun en enkelt af dem (Nr 3) Sæde så nær ved *cardia*, at Operation vilde være yderst vanskelig eller absolut udførlig, selv for første Rangs Kirurger. Senere vil det ses, at Perforationerne i *Kardiaegnen* ere de allervanskeligste for operativ Behandling, fordi der er så vanskelig Adgang til at føre Instrumenter op til dem, og denne Del af Ventriklen lader sig ikke dislocere. End videre ere *Kardiaperforationerne* ofte vanskelige at opdage for Operatøren.

*Perforationen* var i alle Tilfælde *enkelt* (afset fra et Tilf. af samtidig Perforation af *proc. vermiformis*); men i 7 Tilfælde fandtes desforuden 1 eller 2 *ulcera*. I *pars pylorica* og *duodenum* fandtes i 3 Tilfælde 3 *ulcera* på hvert Sted.

Det perforerende *ulcus* var i 14 Tilfælde et typisk *ulcus aetium* (skarprandet, tragtformigt); der var i flere af disse Tilfælde Tegn på tidligere cicatricerede *Ulcerationer* eller *Reaktionsfænomener* i Omfanget (i 2 Tilf. *Pochedannelse*; i 4 Tilf. *noteres Fortykkelse af Ventrikelvæggen*; i 2 Tilf. *dilatatio ventriculi*).

I 1 Tilfælde skyldtes Perforationen Lösning af en gammel Adhärence under et ulcus chron. på Bagfladen, og i 1 Tilfælde perforerede et lille atypisk Sår på nederste Rand af Indsnöringen af en timeglasformig Ventrikel.

Pneumoperitovæum fandtes efter Sektionsberetningerne 5 Gange. 14 Gange fandtes ved Sektionen *diffus eller så godt som diffus peritonitis* (Bagfladen af Ventriken blank) og i Regelen rigelig fri Vædske i Peritonæalhulen.

2 Gange fandtes *afkapslede Abscesser* omkring Ventriken; men i bägge Tilfælde var der ved Sektionen begyndende diffus peritonitis. Den ene at disse Patienter levede 9, den anden 7 Dage efter Perforationens Indtræden.

Forsög fra Naturens Side på Tillukning af Perforationen ved Sammenklæbning af det perforerede Ventrikel-, henholdsvis Duodenalparti med et Naboorgan påvistes ved Sektion 8 Gange, altså i Halvdelen af Tilfældene Agglutinationen viste sig selvfølgelig lös og let at sönderbryde. Af disse levede 3 henholdsvis 6, 7 og 10 Dage, de övrige 1—3 Dage efter Perforationen.

*Tidspunktet for Perforationen* var i Regelen tydeligt markeret ved pludseligt förögede Smerter og i nogle Tilfælde ved Opkastning, undertiden ved en Kuldegysning som ved en Feberparoxysme.

To Gange opstod Perforationen efter et Måltid, en Gang efter Nydelsen af Senneste.

I 12 Tilfælde, hvor Anamnesen er oplyst, *kun ingen af de kendte Lejlighedsårsager påvistes*. Heri ligger väsentligst Grunden til, at Diagnosen i adskillige Tilfælde har väret vaklende eller ganske miskendt.

Tre af Perforationerne opstode under Hospitalsbehandling (for peritonitis 1 og for Ventrikeltilfælde 2). Heraf tör man formentlig slutte, at Rupturen af serosa er en uafvendelig Eventualitet, när et ulcus har nået denne Membran og der ikke allerede er indgäet Adhärenceer med et Naboorgan.

I 4 af 15 anamnesticke oplyste Tilfælde indfandt *Opkastning* sig i Perforationsøjeblikket (efter at Smerteanfaldet var begyndt). I de fleste Tilfælde vare Opkastningerne under Forløbet af vexlende Häftighed, undertiden ret kopiöse og galdefarvede; i et Tilfælde (med sekundär ileus) kom fakulent Opkastning. Kun i 1 Tilfælde, hvor der strax kom stærk Kollaps, synes Opkastning ganske at väre udebleven.

Der synes ofte at finde en betydelig retrograd Bevægelse Sted af Tyndtarmsindhold til Ventriklens efter dennes Perforation. Herom vidner det ret betydelige Indhold, der jævnlig træffes i Ventriklens ved Sektion eller Operation.

I nærværende Kasuistik fandtes 4 Gange ved Sektionen fækulent Vædske i abdomen, som altså må være trådt nd gennem Maveperforationen.

Ved Sektionen fandtes 13 Gange af 16 ingen *påviselig Infektion af cavum thoracis* gennem diaphragma eller ad metastatisk Vej.

I et Tilfælde fandtes Gangrän af de nederste Lungelapper og fötid pleuritis på bægge Sider (2 Dage efter Perforationen).

I et Tilfælde fandtes pleuritis duplex et pericarditis diaphragmatica fibrinosa (1 Dögn efter Perf.), og i et Tilf. fandtes pleuritis diaphragmatica sicca duplex (9 Dögn efter Perf.).

Kun i 3 af 15 oplyste Tilfælde findes positiv *Angivelse om tidligere Maveblödning*. Dette stemmer godt med Forfatterens Angivelse, at Perforation sjældnere indtræder hos Patienter med Hæmatemeser.

## Kasuistik B.

### Kroniske Tilfælde med Sektion.

17. 54-årig Kvinde.  $\frac{9}{8}$ — $\frac{12}{8}$  80. Död omtr. 1 Måned efter Perforat. af forreste Ventrikelvæg. Circumskript Absces. Senere diffus peritonitis. (Behandlet som febris typhoid.)

Klin. Diagn.: Febris typhoid. Peritonitis e perforatione.

For 1 Måned siden begyndte hun at skranke, havde jævnlig Kuldegysninger, törstede stærkt, kunde ikke spise og ikke sove om Natten. Vedblev dog at arbejde til for 8 Dage siden.

Hun er mager og kraftesløs, Udseendet slövt, Stemmen svag. Underlivet noget udspændt, hun ömmer sig en Del for Palpation, dog ingensteds særdeles. P. 116, kraftig, regelmässig. Resp. 36. Tungen halvtör, skorpet.

D.  $\frac{10}{8}$ .  $\frac{38,8}{38,6}$ . P. 128. Ringe Sövn, stärk Törst, ingen Madlyst. Underlivet lidt spændt og stramt. Albuminuri.

D.  $\frac{11}{8}$ .  $\frac{38,4}{39,4}$ .  $\frac{120}{140}$ . Tilstanden »tyfös». Underlivet temmelig ndspilet, Musklerne stramt kontraherede. Abdomen ikke synderlig ömt. Levermæthed fra C<sub>3</sub>. Ventrikeltone til Ikr.<sub>4</sub>.

Varmt Bad (for slet Hudpleje).

Ol. ricini teskefuldvis hver 3dje Time.

D.  $\frac{12}{8}$ .  $\frac{39,2}{40,1}$ .  $\frac{112}{128}$ . I Går Formiddags pludselig Kollaps, hvorefter hun rettede sig nogenlunde i Løbet af Eftermiddagen. I Morges et Par Kuldegysninger.

Hun ömmer sig stærkt på Underlivet, der er spændt og hårdt.

*Sektion.* Emphysema. Bronchiectasis. Pleuritis adhæsiva. Nephritis. Pylephlebitis supp. Abscessus hepatis.

I abdomen 200 Gram fri seropurulent Vædske. Mellem Ventriklens, hepar og colon findes en af Pseudomembraner afgrænset Loge; disse Organer til Dels stærkt sammenloddede. Logen indeholder en tyk, gul, purulent, stinkende Masse. Ved Lösning af den med sin forreste Flade til Underfladen af hepar loddede Ventrikel opdages en 10-örestor Perforation på Midten af Ventriklens Forflade, til Dels lukket af de nævnte Adhærencer. Omfanget af Perforationen omgivet af Pseudomembraner.

På Ventriklens Indside findes en 25-örestor Ulceration af skæv Tragtform svarende til Perforationen. Slimhinden omkring Ulcerationen pigmenteret; i övrigt er Ventriklens Slimhinde sund.

18. 65-årig Kvinde.  $\frac{4}{1}$ — $\frac{10}{3}$  82 (65 Dage). Död omtr. 86 Dage efter Perforation på Bagfladen af Ventriklens. Abscessus retrogastricus, der senere perforerede gennem omentum minus.

Klin. Diagn.: Cancer ventriculi.

I de sidste 2—3 År har hun jævnlig lidt af Ventrikeltilfælde.

I de sidste 3 Uger har hun holdt Sängen på Grund af voldsomme Smerter tværs over Underlivet, strålende om i Lænderne. Hyppig Kvalme, Hikke og Opkastninger, hver Gang hun nyder noget.

Stærk Emaciation. Kakektisk habitus. Resp. 24, overfladisk. Tp. 37,1. P. 84, ret kraftig.

Underlivet halvkugleformigt fremdrevet i sin nederste Halvdel, hvorimod Epigastriet snarest er indtrukket; dette er ömt for Tryk, og mm. recti ere spændte her, medens det övrige Underliv er blødt. Diaphragma noget højststående. Ingen Tegn på ascites.

D.  $\frac{5}{1}$ . Tp. 38,3. P. 96.

I den følgende Tid holdt Tilstanden sig uforandret. Tp. 37—38,5. *En tumor fandtes gentagne Gange i Epigastriet.* Senere nogen tilsyneladende Bedring. De sidste Uger tiltog Smerter og Opkastninger. En Gang observeredes melæna.

*Sektion*  $\frac{11}{3}$  82. Hypertrophia cordis sin. Degeneratio myocardii. Arteriosclerosis. Atrophia granularis renum. Perforatio ventriculi.

Saamlige peritonæale Overtræk på Mave og Tarm så vel som på Bugvæggen ere beklædte med fibrinöse Membraner. Nedadtil i Bækkenet have disse en purulent Beskaffenhed. I Underlivshulen findes en rigelig Mængde grålig, purulent Vædske, hvori der, navnlig i de deklive Partier, findes rigelige Pusfnug.

Milten af naturlig Størrelse, Vævet fast. Den er stærkt adhærent til venstre Ende af pancreas. Disse to Organer i Forbindelse med colon transversum og Ventriklens Bagflade begrænse en Absces, der

ligger på Forfladen af pancreas. Denne Absces kommunikerer gennem en rund Perforation med Ventriklens Hulhed og gennem en mindre Åbning i omentum minus med Peritonæalhulen. Ventriklens viser nogen Fortykkelse af Slimhinden, navnlig i Nærheden af den omtalte Perforation. Pancreas er Sæde for rigelig Bindevævsudvikling, ligeså Leveren, der er adhærent til diaphragma.

19. 69-årig Mand.  $16/12$ — $19/12$  86. Død 3 Måneder efter perforatio duodeni. Abscessus retroduodenalis. Cancer hepatis.

Klin. Diagn.: Pyelitis (calcul.?), nephritis chron. Hypertrophia cordia. (Cancer hepatis? cancer ventriculi?)

I September d. Å. blev han pludselig syg under sit Arbejde, fik stærke, galdefarvede Opkastninger og tillige subjektive febrilia. Han havde ikke stærke Smerter, lå til Sängs en Måned, har ikke senere været på Arbejde, da han jævnlig har befundet sig ilde og haft Kvalme.

Ret god Ernæringstilstand. Resp. senil, 42. P. 126. Arterien sklerotisk. Underlivet halvkugleformigt opdrejet, blødt i Midtlinien, spændt i Siderne, navnlig højre, hvor der er en betydelig Resistance. Det er ømt overalt. Hepar udperkuteret fra  $C_6$  og føles til Umbilikal-transversalen. Urinen indeholder albumen.

Han fik gentagne Opkastninger af en mørk, kaffegrønslignende Vædske og Afføring af lignende Beskaffenhed. Tp. 38—39.

Sektion  $20/12$ . I cavum peritonæi omtr. 1000 Gm plumret, serøs Vædske med rigeligt Pusbundfald, og peritonæum er overalt injiceret, ekkymoseret og belagt med pusinfiltrerede Fibrinmasser.

Hepar Sæde for store kankrøse Knuder, vesica fellea er omdannet til et stort kankrøst ulcus, til hvilket duodenum og colon transversum ere fastloddede ved Kancerknuder, der have gennemulcereret Væggen af colon.

Tæt bagved papilla duodenalis findes i duodenum et 25-ørestort rindagtigt ulcus med glatte, afrundede, noget eikatrielle Rande; det fører ind til en godt valnødstor Abscesshule med faste fibrøse Vægge i det retroperitonæale Væv. Ventriklens noget dilateret, i øvrigt sund.

20. 73-årig Kvinde.  $29/5$ — $18/6$  84. Død 28 Dage efter Perforation på Ventriklens Bagflade. Abscessus retrogastricus.

Klin. Diagn.: Cystitis chron. Uræmia. Encephalopathia chron.

I 2 År har hun lidt af Smerter i Underlivet, der ikke lokaliseres bestemt, men også have siddet i Ventrikelegnen. For 8 Dage siden bleve de stærkere, hun måtte gå til Sängs og har ligget senere.

Enorm Fedme, navnlig af Bugvæggen. Tungen fugtig, belagt. Tp. 38,3. Bugvæggen stram, i ringe Grad øm overalt.

Den første Tid en Del Smerter i Underlivet, Kvalme og Opkastning. Appetit ringe. De sidste Dage blev Sensoriet omtåget, der indtrådte Dyspnø (Resp. 48) og begyndende decubitus. Tp. i Regelen lidt over  $38^{\circ}$  om Aftenen, normal om Morgen.

Sektion  $19/6$ . Obesitas universalis. Mb. cordis. Nephritis parenchym. Cystitis. I cavum peritonæi ingen Ansamling.

På Ventriklens bageste Væg ved curvatura minor findes et 10-øre-stort, tragtformigt perforeret ulcus. Perforationsåbningen fører ind til en mellem pancreas, duodenum og Ventriklens afkapslet Absces med stærkt misfarvede, gangränöse, floterende Vægge, fyldt med en sorte-grøn, grødet Vædske. Ventrikel og Tarmkanal i øvrigt sunde.

### Bemærkninger.

De sidst anførte 4 Sygehistorier ere betegnede som kroniske Tilfælde af Maveperforation, fordi Forløbet har været relativt langvarigt og Initialsymptomet, Perforationen, mindre tydeligt markeret end i de foregående Tilfælde. Årsagen hertil må antages at være den, at forudgåede peritonæale Adhærencer have begrænset Peritoniten til det nærmeste Parti omkring Perforationen; i et Tilfælde fandt Perforation fra Bagsiden af duodenum Sted ind i det retroperitonæale Væv; men også her dannedes kun en cirkumskript Absces.

Dødsårsagen var i 2 Tilfælde generel peritonitis efter Perforation af Abscessen ind i den almindelige Peritonæalhule; i 1 Tilfælde cancer abdominis med perforatio coli og i 1 Tilfælde Marasme, til Dels begrundet i nephritis.

I 1 af Tilfældene fandtes pylephlebitis og Leverabscesser; i intet af Tilfældene fandtes Tegn på Forplantelse af Infektionen gennem diaphragma til cavum thoracis.

Perforationens Sæde var i 1 Tilfælde Midten af Ventriklens Forflade, i 2 Tilf. Ventriklens Bagflade og i 1 Tilf. Bagsiden af duodenum, hvor denne ikke er beklædt af peritonæum.

Nogen rationel Behandling har ikke kunnet iværksættes i disse Tilfælde, da Diagnosen i intet af dem har kunnet stilles rigtigt for Sektionen.

### Kasuistik C.

#### Helbredede Tilfælde (uden Operation).

21. 47-årig Kvinde.  $30/8 - 12/10$  80 (43 Dage). Afebril 6te Dag. Peritonitis circumscripta. Perforationens Sæde sandsynligvis venstre Side af Ventriklens (Kardiaegnen?).

Afdelingens Diagn.: Peritonitis circumscripta.

I Ungdommen Klorose. Senere Gigtfeber og gastrisk Feber. En Fødsel i 26de År. Menstruationen hyppigere og rigeligere end normalt.

I længere Tid Kardialgi. Hendes Tjäneste har i de sidste 2 Måneder været meget stræng.

To Dage før Indlæggelsen, da hun vaskede Gulv om Aftenen, fik hun pludseligt stærke Smerter i abdomen i Navleegnen. Hun gik i Sæng en Time efter Smerternes Begyndelse, fik da en Kulderystelse af 1 Times Varighed. Stærke alimentöse Opkastninger hele Natten. Smerterne tiltoge ved Respirationsbevægelser. Ingen Brysttilfælde. Om Natten fast Afføring.

En Læge ordinerede Ismælk, en Mixtur og ol. ricini 2 Gange nden Virkning.

Ved Indlæggelsen klagede hun over Smerter i Underlivet og Tørst. Vandladningen ledsaget af skærende Smerter.

Hun er velnæret, bleg, med slapt, lidende Ansigtsudtryk. Rygleje. Resp. højkostal. Brystorganerne normale. Levermæthed fra nederste Rand af 5te til nederste Rand af 6te costa. Abdomen af omtrent normal Fyldighed, fremhævet omkring umbilicus, iudsunket i cardia. Hun ömmer sig overordentligt i den infraumbilicale Del af Underlivet, dog også en Del ovenfor umbilicus, særligt i venstre Side af Epigastriet.

Exploratio vaginalis synes ikke at vise noget abnormt.

Tp. 40. P. 96. Resp. 24. Tungen klæbrig, belagt. Foetor ex ore.  
2 Isposer på abdomen.  
Inject. morph. Ismælk.

D.  $\frac{31}{8}$ . Tp.  $\frac{39,3}{38,2}$  (Axil). P. lille, blöd. Har sovet afbrudt. Stærke Smerter i abdomen, Kvalme og Hikke. Underlivet særlig ömt i venstre Side.

Isvand i Steden for Mælk.

Inject. morph. 2 Gauge i Dögnet.

Vin. Thebaic. gtt X 2 Gange i Dögnet.

D.  $\frac{1}{9}$ .  $\frac{38,1}{37,5}$ . Smerterne godt aftagne, fuldstændig svundne i roligt Leje. Ingen Kvalme eller Hikke. Underlivet noget udspændt, med forøget Resistance, og intens Ömhed i venstre Side.

D.  $\frac{2}{9}$ .  $\frac{38}{37,4}$ . Menses indtrådte i Nat til sædvanlig Tid. Underlivet bræthårdt, ömt i venstre fossa iliaca. Smerter i Ryggen.

D.  $\frac{3}{9}$ . Tp. senere normal. Ömheden aftagen. Nogen Hikke. Udseendet bedrer sig. Tungen renser sig.

$\frac{1}{2}$  Pot Mælk.

D.  $\frac{4}{9}$ . Kun én Morfininjektion pro die.

D.  $\frac{5}{9}$ . Hun er endnu betydeligt öm på et begrænset Sted til venstre for umbilicus.

D.  $\frac{6}{9}$ . 1 Äg.

D.  $\frac{7}{9}$ . Nogen Hikke i Nat.

1 Pot Mælk.

D.  $\frac{8}{9}$ . Ömmer sig kun for dybt Tryk i venstre fossa iliaca.

Sep. Morfin.



D.  $\frac{9}{9}$ . Rigelig naturlig farvet Afföring efter 11 Dages Obstipation.  
 Sep. Ispose.  
 Re. Epithem. tepid. abdomin.

D.  $\frac{11}{9}$ .  $\frac{1}{2}$  Pot Havresuppe.

D.  $\frac{13}{9}$ . D. febril.

D.  $\frac{16}{9}$ . Sep. Vinum Thebaic.

I den följande Tid i det hele Velbefindende, dog med Ömhed i Underlivet ved Bevægelser og en enkelt Nat (d.  $\frac{27}{9}$ ) et stærkere Smerteanfald; d.  $\frac{3}{10}$  et mindre Smerteanfald. Smarterne lokaliseredes til Epigastriet og venstre hypochondrium.

D.  $\frac{29}{9}$ . E. l.

D.  $\frac{2}{10}$ . D. med.

22. 23-årig Kvinde.  $\frac{2}{5}$ — $\frac{8}{6}$  82 (37 Dage). Afebril 11te Dag. Peritonitis diffusa, senere circumscripta. Perforationens Sæde sandsynligvis i Kardiaeagnen.

Afdelingens Diagn.: Peritonitis diffusa e perforatione ulceris ventriculi.

Som Barn rask. Menses i 18 Års Alderen, altid regelmæssige og rigelige.

I de sidste Par År har hun lidt meget af trykkende Smarter i cardia og langs venstre Kurvatur, ikke særligt efter Måltiderne. Hyp-pige Opkastninger, en enkelt Gang i Begyndelsen af Året med en Blodstribе iblandet. Megen Kvalme, en Del Opstød.

Efter at disse Fænomenер havde været stærke i Løbet af Vinteren, sagttuede de noget i den sidste Månedstid, Opkastning og Kvalme hørte næsten op. Hun har i længere Tid været på absolut Målkediæt.

I Går Aftes (d.  $\frac{1}{5}$ ) mærkede hun pludseligt uden påviselig Årsag meget stærke Smarter i venstre Side af Underlivet under Kurvaturen, strækkende sig ned mod venstre fossa iliaca. Ingen Hikke, Kvalme eller Opkastning. Ingen synderlig Lindring trods

gentagne Morfininjektioner.

Ingen Søvn om Natten. Vedblivende håftige Smarter i venstre hypochondrium. Nogen Kvalme og lette subjektive febrilia. Ingen Symptomer fra Brystorganerne. Nogen Tørst. Hun har drukket lidt Vand, ellers intet nyt.

Hun er af sundt Udseende, kraftigt bygget, velnæret. Udtrykket lidende. Talen kuperet på Grund af Dyspnö. Nogen Kongestion til Ansigtet. Tungen halvtör, noget belagt.

Resp. overfladisk, kostal, 48. Stetoskopi af Forfladen viser intet abnormt.

Underlivet noget meteoristisk opdreuet, spændt, ömt overalt, dog stærkest i venstre hypochondrium, cardia og överste Del af venstre fossa iliaca til en Håndsbred over lig. Fallopii. På disse Partier er Perkusionstonen dæmpet tympanitisk og Resistancen foröget. Underextremiteterne holdes extendede.

P. 120, kraftig.

2 Isposer på Underlivet.  
 Injections morph. og vin. Theb.  
 Ismalk.

D.  $\frac{3}{5}$ . Tp.  $\frac{38,1}{38,5}$ . P.  $\frac{120}{112}$ . Smerterne mindre hæftige end ved Indlæggelsen. Ingen Opkastning, Hikke eller Opstød. Hun har nydt en Pægl Ismælk spiseskefuldvis. Søvn af og til, et Kvarter ad Gangen. Vandladningen besværlig og smertefuld. Urinen uden albumen.

Habitus mindre medtaget. Stemme og Tale naturlig. Tungen fugtig, let hvidlig belagt.

Underlivet halvkugleformigt udspilet, stramt, men ikke bræthårdt. Diaphragma ikke opskudt. Levermæthed fra  $C_6$  til en Fingersbred ovenfor Kurvaturen. Æmheden stærkest i cardia, under venstre Kurvatur og langs colon descendens.

D.  $\frac{4}{5}$ .  $\frac{39,2}{38,3}$ .  $\frac{140}{120}$ . Har i Nat så godt som slet ikke sovet, har døset og småsnakket en Del, ingen Opkastning, men stærk Kvalme og Opstød. Hun har fået en Pægl Ismælk.

Hun ligger stille, uden Klager. Blikket ængsteligt. Resp. 28. P. regelmæssig, ret kraftig. Huden på Extremiteterne varm. Udtrykket ikke kollaberet. Tungen tør, lidt skorpet på Midten. Nogen foetor ex ore. Stærk Tørst.

Underlivet stærkere opdrevet end ved Indlæggelsen, navnlig Partiet nedenfor umbilicus. Meget stærk Æmhed, selv for let Berøring, i cardia og over hele venstre Sidehalvdel. Diaphragma ikke opskudt.

D.  $\frac{5}{5}$ .  $\frac{38}{38,2}$ .  $\frac{120}{102}$ . Har døset meget, ubetydelig Søvn.

I Nat en Opkastning af et Par Spiseskef. grønlig Vædske. Meget Kvalme og Opstød. Sparsom naturlig Afføring. Har ikke drukket en Pægl Ismælk. Smerterne aftagne. Æmheden af Underlivet mindre.

D.  $\frac{6}{5}$ . Tp.  $\frac{39,1}{38,4}$ . P.  $\frac{112}{96}$ . Afbrudt Søvn. Hun har jævnlig skreget op på Grund af Sting under venstre Kurvatur. Ingen Opkastning eller Kvalme. Tungen næsten ren. Udseendet livligt. P. kraftig. Kun ringe Æmhed af Underlivet. Hun har drukket omtr.  $\frac{1}{2}$  Pot Mælk.

D.  $\frac{7}{5}$ .  $\frac{38,5}{37,9}$ .  $\frac{108}{80}$ . Nogen Smerte i venstre Side af Brystet, ingen i Underlivet. Ingen Opkastning. Bugvæggen mindre spændt og opdreven end tidligere.

D.  $\frac{8}{5}$ .  $\frac{37,9}{37,4}$ .  $\frac{96}{72}$ . Har sovet roligt. Kun lette jagende Smerter i Underlivet.

D.  $\frac{9}{5}$ .  $\frac{38,2}{37,5}$ .  $\frac{112}{84}$ . Kun ringe Smerte. Nogen Kvalme og Hikke.

D.  $\frac{10}{5}$ .  $\frac{37,6}{37,4}$ .  $\frac{124}{84}$ . Ingen Smerte. Underlivet af naturlig Form, endnu lidt ømt for Tryk under venstre Kurvatur.

Senere normal Tp. Af og til Opkastninger.

D.  $\frac{14}{5}$ . Drikker  $\frac{3}{4}$  Pot Mælk daglig.

Sep. Vin. Thebaic.

D.  $\frac{19}{5}$ . *Ringes Rest af Udfyldning under venstre Kurvatur.*

Re. Välling.

- D.  $\frac{22}{5}$ . Sep. Morfininjektioner.  
 D.  $\frac{23}{5}$ . Rc. Et blødkogt Äg. 2 Tvebakker.  
 D.  $\frac{25}{5}$ . D. febril. med Välling + 1 Pot Mälk.  
 D.  $\frac{31}{5}$ . E. l.  
 D.  $\frac{2}{6}$ . D. med.

**23.** 43-årig Kvinde.  $\frac{3}{12}$  83— $\frac{31}{1}$  84 (59 Dage). Afebril på 6te Dag med enkelte kortvarige Temperaturstigninger senere. Peritonitis circumscripta. Perforationen antagelig i Kardiaegeuen.

Afdelingens Diagn.: Peritonitis circumscripta. Perforatio ulceris ventriculi?

Omtrent siden sit 23de År har hun lidt en Del af Svien i cardia, Hikke, Opstød, ofte Kvalme og Brækning, især efter Måltiderne. Hun har ikke kunnet tåle Klæderne stramt om sig. Aldrig Hæmatemese.

For 5 til 6 Uger siden mener hun at have overanstrengt sig ved sit Arbejde (Avisbud). Smerterne i cardia og venstre Side toge til, og Opkastningerne bleve hyppigere. Hun vedblev dog at passe sit Arbejde.

For 2 Dage siden fik hun pludseligt, medens hun gik opad en Trappe, stærk »Mavekrampe» i venstre Side af Underlivet og Epigastriet, så at hun med Nød og næppe kunde gå hjem. Hun har siden ligget til Sängs; men Smerterne i Underlivet vare så stærke, at hun den første Dag »lå i et Hvin og Skrig». Siden ere de tagne af, og hun har nu kun Smerter ved Bevægelser, ikke i roligt Leje. Ingen Søvn de sidste Nætter. Hun har spist meget lidt. Ingen Åbning i 2 Dage.

Hun er kongestioneret til Ansigtet. Läberne tørre. Tungen tør og skruppet. Stetoskopien viser Tegn på insuff. mitralis.

Underlivet stærkt opdrevet og spændt. Levermæthed fra  $C_6$  til Kurvaturen. Venstre Side af Epigastriet er svagt fremhævet; der er ber samt i hele venstre Side af Underlivet til lig. Fallopii meget betydelig Æmhed for Tryk; her føles også større Resistance end i det øvrige Underliv, og Tonen er mere dæmpet. Det øvrige Underliv tympanitisk lydende. Ingensteds kan føles i Dybden på Grund af Muskelspænding.

Resp. 28. P. 80.

D.  $\frac{4}{12}$ . Tp.  $\frac{38,6}{38,3}$ . P. 80. Smerterne have været meget stærke i Nat, komme i Anfald, og hun kan slet ikke tåle Bevægelser. Ingen Opkastning eller Hikke. Urinen normal.

Hun er fuldstændig sui compos, kongestioneret til Ansigtet, Udtrykket ikke »abdominalt». Respirationen påskyndet, næsten udelukkende højkostal.

Underlivet resistent, brætagtigt, helmat lydende i et Parti, der begynder ved nederste Rand af venstre 7de costa og strækker sig til Umbilikaltransversalen. Indadtil begrænses det af en lodret Linie en god Fingersbred til venstre for Midtlinien, og udadtil fortsætter det sig om i Lændegeuen. I dette Parti er Æmheden excessiv. Fra Grænserne

aftage gradvis Resistance, Ömhed og Mathed, og i højre Side er der kun ubetydelig Udspiling.

Vesica glaeialis abdomini.

$\frac{1}{2}$  Pot Ismælk.

Inj. morph. mane et vespere.

D.  $\frac{5}{12}$ .  $\frac{38}{37,6}$ .  $\frac{80}{72}$ . P. regelmæssig, godt fyldt, let dikrot. Resp.

24. Tungen halvtør, en Del belagt. I Aftes har hun klaget noget over Smerter i Underlivet, ellers ikke. Ingen Hikke eller Kvalme. Vandladningen noget besværlig og smertefuld.

Ömheden på det matlydende Parti af Underlivet betydeligt mindre.

D.  $\frac{6}{12}$ .  $\frac{37,7}{37,8}$ .  $\frac{80}{72}$ . God Søvn i Nat. Ingen Smerter. Underlivet ikke ömt. Det matlydende resistente Parti uforandret.

Der er fremkommet et kløende, papuløst, til Dels pustuløst Exan-tem på Extremiteterne.

D.  $\frac{7}{12}$ .  $\frac{37,6}{37,4}$ .  $\frac{76}{72}$ . Hun er fuldstændig smertefri, ingen Ventrikel-symptomer. Underlivet betydeligt mindre opdrevet, ret blødt, ikke ömt. *Den matte Perkussionstone når fra  $C_8$  til en Fingersbred over Umbi-likaltransversalen.*

D.  $\frac{9}{12}$ .  $\frac{1}{4}$  Pot Mælk til.

D.  $\frac{10}{12}$ . *Det matlydende Parti på Underlivet synes at indsnævre sine Grænser.*

Sep. Vesica glacial.

Rc. Epith. tepid.

D.  $\frac{11}{12}$ .

Sep. Inj. morph. mane.

Rc.  $\frac{1}{4}$  Pot Mælk til.

D.  $\frac{12}{12}$ . Ved dybt Tryk uder venstre hypochondrium føler hun lidt Smerte.

D.  $\frac{14}{12}$ . Hver Eftermiddag Trang til Afføring, ledsaget af Smerter over umbilicus og i venstre epigastrium.

Sep. Morfin.

D.  $\frac{19}{12}$ . Afføring efter gentagne clysmata.

Välling.

D.  $\frac{22}{12}$ . Underlivet er fladt, temmelig hårdt. *Der føles endnu nogen Resistance i venstre Side af Epigastriet; men der er ingen Ömhed.*

D. febril. med Välling.

D.  $\frac{26}{12}$ . Efter Önske 1 Tillägsbröd.

D.  $\frac{28}{12}$ . Tp.  $\frac{38,8}{38}$ . P.  $\frac{80}{84}$ . Nogen Ömhed i venstre Side af Epi-gastriet ved dybt Tryk.

D.  $\frac{29}{12}$ .  $\frac{38,9}{38,3}$ .  $\frac{88}{68}$ . Ingen Smerter i Underlivet. To Gange naturlig Afføring. Underlivet i sin Helhed lidt opdrevet. Der er atter lidt Ömhed, forøget Resistance og dæmpet Perkussionstone under venstre Kurvatur.

Sep. Feberkost.

Rc. 1 Pot Mælk.

D.  $\frac{30}{12}$ .  $\frac{38,7}{37,8}$ .  $\frac{76}{60}$ . Senere feberfri.

D.  $\frac{3}{1}$ . Rc. 2 Tvebakker.

D.  $\frac{5}{1}$ . Rc. Välling.

D.  $\frac{9}{1}$ . Den faste, halvmat lydende Masse ligger tydelig intra-peritonäalt, i det Bugvæggen i hele sin Tykkelse kan løftes i Fold over den. Rc. Kogt Fisk.

D.  $\frac{11}{1}$ . D. febril. med Välling.

D.  $\frac{14}{1}$ . Tillägsbröd.

D.  $\frac{15}{1}$ . Den hårde Udfyldning under venstre hypochondrium skrumper keudeligt ind.

D.  $\frac{19}{1}$ . D. med.

D.  $\frac{21}{1}$ . E. l.

D.  $\frac{27}{1}$ . D. plen.

**24.** 24-årig Kvinde.  $\frac{19}{3}$ — $\frac{21}{4}$  85 (33 Dage). Afebril 16de Dag. Peritonitis circumscripta. Perforationssted ubestemmeligt.

Afdelingens Diagn.: Peritonitis circumscripta. Ulcus ventriculi?

Hun har af og til haft lignende Tilfælde som de nuværende; men de have da kun været højst et Døgn.

For 2 Dage siden fik hun pludseligt Smerter i Underlivet, Kvalme og Opkastninger og mistede Appetiten. Hun havde spist Flåskeskage til Middag, kort før Smerterne indfandt sig.

Ingen Brysttilfælde. Vandladningen naturlig. Nästen ingen Søvn de sidste 2 Nætter. Ingen Åbning eller Opkastning senere. Anorexien vedværet. Temmelig stærk Tørst. I Dag en Kuldegysning med efterfølgende Sved.

Hun er kraftigt bygget, kongestioneret til Kinderne. Tungen fngtig, hvidlig belagt.

Abdomen noget opdrevet, temmelig ømt overalt, ikke særlig spændt. Perkussionstonen tympanitisk. I Epigastriet er Æmheden meget betydelig, og Bugvæggen er også meget spændt her. P. 120.

Vesica glacial. abdomin.

Inj. morph.

D.  $\frac{20}{3}$ . Tp.  $\frac{39,5}{39,3}$ . P. 112, temmelig lille og let sammentrykkelig. Resp. 30, højkostal. Hun har haft Smerter hele Natten og kun sovet lidt. Ingen Opkastning eller Kvalme. Hun har drukket lidt Mælk. Ingen Åbning. Hun klager over Hovedpine og Smerter i cardia.

Urinen indeholder albumen (HELLERS Prøve giver en Skive på 1 Mm.).

Ansigtet ikke abdominalt. Kinderne mørkerøde, Blikket mat glinsende.

Underlivets Udspiling omtrent uforandret, halvkugleformigt, Spændingen ikke betydelig, Navlegruben ikke forvasket. Æmheden i cardia holder sig meget betydelig, derimod ikke synderlig Æmhed i fossæ ilacæ.

Levermæthed fra C<sub>6</sub> til Kurvaturen. Perkussionstonen overalt tympanitisk.

Ismælk  $\frac{1}{2}$  Pot.

Inj. morph. mane et vespere. Ispiller.

D. 21/3.  $\frac{39,4}{38,6}$ .  $\frac{104}{100}$ . Ringe Søvn. Ingen Kvalme eller Opkastninger. Menses indtrådte. Resp. 30.

Underlivet mindre udspilet, temmelig blødt undtagen i Epigastriet, hvor der endnu er nogen Spænding og ringe Grad af Æmhed.

D. 22/3.  $\frac{38,7}{38,1}$ .  $\frac{100}{88}$ . Stærke Smerter i Underlivet, hvorfor

vin. Thebaic.

gtt 10 hver 3dje Time.

D. 23/3.  $\frac{38,8}{38,7}$ .  $\frac{100}{92}$ . Underlivet blødt, ubetydelig ømt i Epigastriet.

D. 24/3.  $\frac{38,4}{38,4}$ .  $\frac{88}{88}$ . Ingen Smerter.

Sep. Vin. Theb.

D. 25/3.  $\frac{39}{37,4}$ .  $\frac{96}{88}$ .

D. 26/3.  $\frac{39,3}{38}$ .  $\frac{96}{92}$ . På Grund af Smerter i Underlivet.

Rep. Vin. Theb.

D. 27/3.  $\frac{38,5}{38,2}$ .  $\frac{100}{100}$ .

D. 28/3.  $\frac{38,3}{37,8}$ .  $\frac{100}{96}$ . Ingen Smerter.

D. 29/3.  $\frac{39}{37,8}$ .  $\frac{96}{84}$ .

D. 30/3.  $\frac{38,2}{37,5}$ .  $\frac{88}{96}$ .

Re.  $\frac{1}{2}$  Pot Mælk til.

D. 31/3.  $\frac{38,1}{37,5}$ .  $\frac{92}{84}$ .

D. 1/4.  $\frac{38}{37,2}$ .  $\frac{88}{80}$ . Underlivet mindre oprevet. Hun tåler Palpation og Perkussion.

Sep. Inj. morph. mane.

Senere feberfri.

D. 3/4. 3 Gange rigelig Afføring efter clysmas.

Sep. Inject. morph. og vesica glacial.

Re. Vælling og et blødkogt Æg.

D. 7/4.  $\frac{1}{2}$  Pot Mælk til.

D. 9/4. D. febril. med Vælling.

D. 14/4. D. med.

D. 15/4. E. l.

25. 20-årig Kvinde.  $\frac{14}{2}$ — $\frac{9}{9}$  88 (208 Dage). Udbredt peritonitis (flere foci). Perforation i Kardieagnen. Pneumoperitonæm. 17de Dag efter Perforationen akute pectoralia i venstre Side (pleuritis dia-

phragmatica?). Endocarditis. 1 Måned efter de første Brysttilfælde påviselig pleuritis sicca i venstre Sideregion. 42 Dage derefter Pnevmoni i venstre nederste Lap; derefter Absces, hvis Indhold en kort Tid havde fötid Karakter, i samme Lungelap.

Afdelingens Diagn.: Peritonitis circumscripta (i Begyndelsen diff.) ex ulcere ventriculi. Pleuritis sin. Pneumonia gangrænosa lobi inf. sin. Tidligere Tegn på Klorose.

I den sidste Måned har hun haft en Del Smerter i cardia, navnlig henad Aften, har ikke tålt at have Korset på; men Smerterne vare dog aldrig synderlig stærke.

For en 3 Uger siden havde hun Opkastninger, dog kun et Par om Dagen; da hun holdt Diät, ophørte de. Aldrig Hæmtemese eller melæna.

I Går henad Eftermiddagen begyndte Pat. at mærke Smerter ved venstre Kurvatur og i cardia; de vare dog ikke særlig stærke; *men i det hun bar nogle Strygejern op fra Kælderen til 1ste Sal, fik hun pludseligt på Trappen meget hæftige Smerter i øverste Del af Underlivet*, navnlig i venstre Side, så hun måtte sætte sig ned. Hun måtte løsne sit Tøj, og et Par Timer efter gik hun til Sängs. Hun sov ret godt om Natten. I Morges stod hun op, da Smerterne vare aftagne en Del; men efter at have været oppe en 3 Timer tiltog Smerterne så stærkt, at hun måtte gå til Sängs. De have hele Tiden haft deres Sæde i øverste Del af Underlivet, navnlig i venstre Side, og hun har ligget jamrende hen. I Dag har hun haft enkelte Opkastninger, ingen Hikke. I Dag naturlig Åbning. Vandladningen i Orden. *Hun har i Dag haft Smerter i venstre Skulder.*

Tp. 39,2. P. 100, noget lille. Resp. 24. Hun er ret kraftigt bygget, i god Ernæringsstilstand. En Del Kongestion til Kinderne. Tungen fugtig, hvidlig belagt.

Stetoskopi af Forfladen giver intet abnormt.

Underlivet lidt udspilet, hårdt at føle på, navnlig til venstre ovenfor umbilicus. Let Perkussion giver dæmpet tympanitisk Tone over hele Underlivet. Hun ømmer sig meget betydeligt, selv for let Tryk, navnlig i cardia og til venstre ovenfor umbilicus. Æmhedden aftager jævnt nedad.

Inj. morph. 0,01 bis. Vesica glacialis abdomin. Ispiller.

D.  $15\frac{1}{2}$ .  $\frac{39,2}{38,8}$ . P. 92. Har sovet ret godt i Nat, dog med mange Afbrydelser. I Morges Inj. morph. 0,01.

Har i roligt Leje ingen synderlig Smerte, men har i den sidste Times Tid begyndt at få Kvalme og nogle let indtrædende Opkastninger af tynd, grønlig Vædske, i alt 100 Kem.

Der er nu en vis Stivhed i Udtrykket, til Dels på Grund af Morfinen. Læberne og Kinderne af svagt cyanotisk Anstrøg, for Resten er Ansigtet blegt. Læberne tørladne. Tungen fugtig, let hvidlig belagt. Tørsten stærk. Pulsen ikke påfaldende lille, men blød og lidt bølgende.

Stetoskopi af Forfladen viser intet andet abnormt, end at *diaphragma står meget højt*, så at *Lungegrænsen på højre Side er i 4de*



Ikr., på venstre Side ved øverste Rand af 4de costa. Apex cordis slår an i 3dje Ikr. Ved øverste Rand af C<sub>4</sub> begynder den tympanitiske Mavetone.

På højre Side er der tympanitisk Tone (Tarmlyd) fra C<sub>5</sub> til C<sub>7</sub>, mat fra C<sub>7</sub> til C<sub>9</sub>, derpå tympanitisk.

Underlivet er i sin nederste Del noget opdrevet, og Blæren har ikke kunnet tømmes de sidste 24 Timer.

Efter Udtømmelse af 2—300 Kcm. Urin holder der sig en betydelig Resistance i Hypogastriet mellem Symfyse og umbilicus. Resistancen går på højre Side op til et Par Fingersbredder over Højden af spin. il. ant. sup. Perkussionen er i dette Parti til højre halvmat tympanitisk.

Exploratio recto-vaginalis viser en meget stærk Fækalophobning, som når langt ned i rectum. Uterus er meget lavtstående, men så stærkt anteverteret, at dens Axe næsten står lodret på Bækkenaxen. Organet kan dog til Dels reponeres. Ingen Udfyldninger til Siderne for uterus.

Urina uden albumen og Sukker.

Inj. morph. 0,015 tre G. dagl.

D. absolut. Ispiller.

D. 16<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.  $\frac{41,1}{40,6}$ .  $\frac{152}{120}$ . Hun har ligget roligt, döset en Del, har ikke klaget over Smerter, men angiver at befinde sig vel. Ingen Kvalme, Opstød eller Opkastning. I Morges en fast Afføring.

Pupillerne stærkt kontraherede. Hun svarer livligt og klart. Tunge og Læber tørre. P. meget frekvent, men ret kraftig. Respirationen foregår stødvis, kun 12 Gange i Minuttet.

D. 17<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.  $\frac{40,2}{39,2}$ .  $\frac{132}{120}$ . Rigelig Afføring efter clysmas. Stærk Tørst, hvorfor i Går ordineredes  $\frac{1}{2}$  Pot Mælk.

Levermethed i Dag fra C<sub>6</sub> til Kurvaturen. Underlivet mindre opdrevet, mest resistent i nederste Tredjedel.

D. 19<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.  $\frac{39,9}{37,3}$ .  $\frac{92}{104}$ . På Grund af stærk Dösen og Fortumlethed er Morfindosis nedsat (0,01).

D. 22<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. Tp. lidt over 38° de sidste Dögn. Hun klager over Sult. Tungen fugtig. Underlivet blødt. Halvfeberdiæt med Välling.

2 Potter Mælk.

I den følgende Tid Tp. omkring 39°. Der optrådte Smerter og purulent Udflod af venstre Öre.

D. 2<sup>1</sup>/<sub>3</sub>.  $\frac{40}{38,9}$ .  $\frac{112}{108}$ . Hun nyder kun Halvdelen af Kosten, drikker ikke al Mælken. Ingen Smerter i Underlivet, derimod siden i Går Eftermiddags et Hold i venstre Brysthalvdel.

Stetoskopien viste intet abnormt.

Et lille Dekubitussår i sulcus internatium.

Tp. holdt sig i den følgende Tid omkring 40° om Aftenen, 38—39° om Morgenen. Appetit ringe.

D. 8<sup>1</sup>/<sub>3</sub>. D. febril.

D.  $2\frac{1}{3}$ . D. med.

Tp. faldt til  $38-39^\circ$ . Der optrådte Smerte og ringe Ansamling i Knæene.

D.  $2\frac{5}{3}$ . *En ru systolisk Mislyd ved apex cordis*, også hörlig ved basis. Ingen Bläselyd i Halskarrene.

En Absces i venstre Axil. Af og til Smerte i venstre Arm og Skulder.

D.  $2\frac{7}{4}$ . *Ved dybt Åndedræt har hun kun et Hold i venstre Side nedadtil. I Højde med 5te—6te costa høres udenfor Papillen en skrabende Gnidningslyd, følgende begge Respirationsfaser.* Perkussions-tonen i det nærmeste Omfang let dæmpet.

Gnidningslydene svandt nogle Dage senere.

D.  $16\frac{1}{4}$ . Mislyden ved apex cordis holder sig, *2den Pulmonal-tone smækkende.*

D.  $9\frac{1}{5}$ . *Under venstre Kurvatur føles udenfor Parasternallinien en Resistance i 2—3 Cm. Bredde.* Overfladen glat. Perkussions-tonen mat ligesom i bageste Del af TRAUBES Rum. Den omtalte Resistance forskydes ikke med Respirationen. Gnidningslyd høres ikke.

D.  $14\frac{1}{5}$ . *Stetoskopien giver Dæmpning i venstre infrascapularis og tilsvarende Del af Sideregionen til Axillärlinien.* TRAUBES Rum klartlydende. Ved dybt Åndedræt høres sparsomme fine, fugtige Rallelyd. Lignende findes også på højre Side.

D.  $20\frac{1}{5}$ . Ingen Ömhed under venstre Kurvatur.

I den følgende Tid *stærk Hoste med mukopurulent Expektorat, hvori ved hyppige Undersøgelser aldrig fandtes Tuberkelbaciller.* Der optrådte bronkös Respiration på det dæmpede Parti.

D.  $28\frac{1}{6}$ . Expektoratet af stikkende, fötid Lugt. Expirationsluften under Hosten noget fötid.

Føtor tabte sig snart igen.

D.  $3\frac{3}{8}$ . E. l.

D.  $8\frac{1}{8}$ . Ingen Hoste. Klar Perkussion og normal Respiration på venstre Bagflade.

I Löbet af den sidste Måned på Hospitalet tiltog hun 1250 Gm i Vægt.

$\frac{1}{2}$  År efter Udskrivningen indfandt hun sig på Hospitalet og be-fandt sig da vel.

Til sidst anförte komplicerede Tilfælde skal jeg strax göre nogle orienterende Bemærkninger.

Peritoniten efter Perforationen optræder i to foci, et op-adtil i Underlivet til venstre for Midtlinien og et nedadtil til højre. Som i de foregående helbredede Tilfælde tabte de akute peritonitiske Symptomer sig hurtigt (1—2 Uger), medens Resi-duer af Processen lod sig påvise længere Tid efter.

Störste Delen af det lange Sygdomsforløb optages af Kom-plikationer fra Brystorganernes Side, der alle lokaliseres til venstre Brysthalvdel.

17de Dag efter Perforationen optrådte et Hold i venstre Brysthalvdel, medens Tp. steg til 40°. Stetoskopien gav negativt Resultat.

Den kliniske Tydning af denne Komplikation forekommer mig at måtte gå i Retning af pleuritis og eventuelt pericarditis diaphragmatica (non suppurativa), hvorpå i det foregående er givet flere Exempler blandt de secerede Tilfælde. (Pericarditis diaphragmatica i Nr 10.)

Omtrent 3 Uger senere konstateredes endocarditis; denne Komplikation kan med Rimelighed tydes som en fra Perikardiet forplantet Proces, altså peri-endocarditis. <sup>1)</sup>

En Måned efter det første Hold i Brystet optrådte et nyt Hold og der lod sig nu konstatere tør pleuritis i venstre Side i Højde med 5te—6te costa; denne pleuritis kan formentlig opfattes som en fra pleura diaphragmatica forplantet Proces.

6 Uger senere optrådte Tegn på akut Fortætning i venstre nederste Lungelap. De kliniske Symptomer på denne Pnevmoni ere forskellige fra den typiske krupöse Pnevmonis, dels ved Forløbet, i det der ikke kom noget kritisk Temperaturfald, dels ved Beskaffenheden af Expektoratet, der aldrig var rubiginöst, men mukopurulent. Lungetuberkulose kan udelukkes ved talrige negative Undersøgelser på Tuberkelbaciller og ved det senere Forløb. Pnevmonien endte med Absces, hvis Indhold en kort Tid var fötid, og sluttelig indtrådte Helbredelse.

Genesen af denne Pnevmoni kunde måske tydes som forplantet Infektion fra pleura, da Plevritens Sæde netop svarede til den afficerede Lungelap, altså Pleuropnevmoni. En anden Tydning kunde gå ud på, at der forelå en metastatisk Infektion; men en sådan vilde antagelig i Regelen optræde med flere foci og ligeligt ramme bægge pulmones.

Temperaturen mellem disse forskellige Komplikationers Indtræden var bestandig febril, med Exacerbationer under Anfaldene, hvilket jo også kan tyde på en kontinuerlig progredient Infektion.

26. 20-årig Kvinde. <sup>24</sup>/<sub>10</sub> 83—<sup>23</sup>/<sub>2</sub> 84 (122 Dage). Peritonitis diffusa e perforatione ventriculi (Perforationens Sæde lader sig ikke

<sup>1)</sup> Prof. A. BRÜNNICHE (Hosp.-Tid. <sup>27</sup>/<sub>7</sub> 87. — Ref. i Nord. med. Ark., Bd 20, Nr 5, S. 13) har beskrevet et Tilfælde af Perforation fra Ventriklen gennem diaphragma, pericardium og ind i venstre Hjärteventrikel.

nøjagtigt bestemme). Deebitus acutus. Høj Feber i 1 Måned, derefter kun ringe Temperaturforhøjelser.

Afdelingens Diagn.: Peritonitis diffusa. Ulcus ventriculi. Deebitus acutus.

For 2 År siden har hun været behandlet for Ventrikeltilfælde med Målkediæt og Järnpiller; den Gang ingen Hæmatemese eller melæna. Hun har siden været rask til for godt 14 Dage siden, da hun fik almindeligt Ildebefindende, Appetitløshed, Kvalme og Trykken i cardia, Hovedpine og Tørst. Hun kunde ikke tåle Klæderne stramt om sig; ellers ingen egentlige Smerter. Ingen Opkastninger. For 8 Dage siden lagde hun sig til Sængs, havde da stærk Feber og sort, vandagtig Diarré uden observerede Blodkoagler.

Natten mellem 22de og 23de dennes fik hun pludseligt et stærkt Smerteanfald i Underlivet, som stadigt har vedvaret siden. Smerterne ere hæftige og udbredte over hele Underlivet. Hun er bleven behandlet med Rhabarber- og Hoffmannsdråber, sur Mixtur og Omslag.

I de sidste 5 Dage har hun kun nydt lidt Havresuppe og Te, i det hun fuldstændig har manglet Appetit.

Hun indtager Rygleje, ser temmelig medtagen ud, er kongestioneret til Kinderne, ellers af anæmisk Hudfarve. Hun er velnæret og kraftigt bygget.

Brystundersøgelsen fra Forfladen viser intet andet abnormt end en blæsende Udtrækning af 1ste Hjærtelyd, navnlig ved basis. Ictus apicis eordis føles svagt i 5te Ikr., Levermæthed absolut fra C<sub>6</sub>.

Underlivet stærkt opdrevet, umbilicus stærkt fremhævet og hele Underlivet overordentligt ømt for den ringeste Berøring. Tungen stærkt belagt. Fødderne kolde. P. 84, lille. Resp. 40, overfladisk. Tp. 40. Hun har ikke haft Åbning siden i Går, da hun endnu havde sort Diarré.

Inj. morph. 0,01 med nogen Lindring.

Vesica glacialis abdom.

D. 25/10. Tp.  $\frac{37,8}{38,9}$ . P. 84. Resp. 20. Hun har blundet lidt efter Morfin. Underlivet giver ved meget let Perkussion Dæmpning i de deklive Partier. Levermæthed fra C<sub>6</sub> til C<sub>8</sub>.

Rp. Isstykker.

Inj. morph. 0,015 Morgen og Aften.

D. 26/10.  $\frac{38,6}{39}$ .  $\frac{72}{76}$ . Smerterne vare i Går moderate. Ret god Søvn. Æmhed af abdomen ikke så betydelig som i Går, den er stærkest fremtrædende i venstre hypochondrium og cardia. P. nogenlunde kraftig. Resp. 32. Underlivet mindre stærkt fremstående, hårdt som et Bræt, matlydende i de deklive Partier.

D. 27/10.  $\frac{40,8}{40,3}$ .  $\frac{96}{92}$ . Havde i Går nogen Kulde over sig. Klager over stærk Tørst og nogen Hovedpine. Smerterne i Underlivet have været stærkere i Dag. Nogen Søvn. P. ret kraftig. Resp. 40. Ingen Ilikke eller Opkastning. Tungen fugtig.

Underlivet atter lidt stærkere opdrevet, fremdeles ømt og bræthårdt.

Svarende til Spidsen af os sacrum har der dannet sig et kronestort Dekubitussår af sort Farve med en rød halo.

Epith. saturninum.

D.  $\frac{28}{10}$ .  $\frac{40,2}{39,6}$ .  $\frac{88}{84}$ . Resp. 36. Tørsten noget aftagen, i Nat nogen Sultfølelse. Har sovet til Midnat. Deecubitus smerter hende meget. Underlivet som i Går, dog er Ömheden aftaget. Der er mat Tone i Hypogastriet og venstre fossa iliaea, ellers klar Tone.

Urinen indeholder lidt albumen. Vandladningen fri.

Dekubitussåret breder sig i Flade og Dybde.

Vandpude.

D.  $\frac{29}{10}$ .  $\frac{39,3}{39}$ .  $\frac{80}{96}$ . Resp. 40. P. ret kraftig. Ingen Hikke eller Opkastning. Ausigtet begynder at afmagres.

Underlivet stadig meget hårdt, Opdrivningen ikke så stærk. Ömheden ikke extrem, stærkest i Epigastriet. Perkussionstonen overalt tympanitisk, ingen begrænsede Fremdrivninger.

Rp. Ismælk

1 Teskef. hver halve Time.

D.  $\frac{30}{10}$ .  $\frac{40,5}{40}$ .  $\frac{104}{108}$ . Resp. 44, meget overfladisk. P. ret kraftig. Tongen tør. I Morges Kvalme og Hikke, ingen Opkastning.

Sep. Mælk.

Rp. Risvand med Rødvin.

D.  $\frac{31}{10}$ .  $\frac{40,5}{39,8}$ .  $\frac{104}{84}$ . Eschara i Sakraleghnen har løsnet sig og efterladt et i Rauden blødende uleus.

Forbinding med Asbest,

vædet med solut. hypermang. kaliei.

D.  $\frac{1}{11}$ .  $\frac{40,6}{40}$ .  $\frac{100}{104}$ . *Underlivets Hårdhed, Udspiling og Ömhed kendeligt aftagne. Mest Spænding og Smerte i Epigastriet.*

D.  $\frac{2}{11}$ .  $\frac{40}{38,8}$ .  $\frac{96}{88}$ .

D.  $\frac{3}{11}$ .  $\frac{39,2}{39,4}$ .  $\frac{84}{96}$ . Resp. 36. God Sövn. Såret har demarkeret sig og begynder at granulere.

Flaskebouillon af 1  $\text{Æ}$  Köd Teskefv.

D.  $\frac{4}{11}$ .  $\frac{40}{38,3}$ .  $\frac{104}{88}$ .

D.  $\frac{5}{11}$ .  $\frac{39,3}{38,7}$ .  $\frac{88}{92}$ . Morfindosis nedsættes til 0,01 Morgen og Aften.

D.  $\frac{6}{11}$ .  $\frac{39,4}{39}$ .  $\frac{92}{88}$ . Urinen uden albumen.

Sep. Vesica glac.

Rp. Epith. tepid. abdom.

D.  $\frac{7}{11}$ .  $\frac{39,5}{39}$ .  $\frac{100}{104}$ . Underlivet blødt, klartlydende, ikke syn-  
derlig ömt.

Inj. morph. 0,01  
kun 1 Gang dagl.

D.  $\frac{8}{11}$ .  $\frac{39,6}{38,3} \cdot \frac{100}{96}$ . Ismalk 1 Pägl.  
 D.  $\frac{9}{11}$ .  $\frac{38,2}{38,2} \cdot \frac{100}{88}$ . Trang til Afföring.  
 D.  $\frac{10}{11}$ .  $\frac{39,5}{39,3} \cdot \frac{116}{108}$ . I Går rigelig naturligt farvet Afföring. Hun har i sidste Dögn indtaget Sideleje og derved været fri for Smerter i decubitus.

D.  $\frac{11}{11}$ .  $\frac{39,8}{39,2} \cdot \frac{100}{100}$ . Rp.  $\frac{1}{2}$  Pot Malk.

D.  $\frac{15}{11}$ .  $\frac{39,2}{37,2}$ . Rp.  $\frac{3}{4}$  Pot Malk. 2 Tvebakker.

Der er ikke længer nekrotisk Væv i Såret.

Sep. Asbest. Rep. Ol. carbol.

D.  $\frac{17}{11}$ .  $\frac{38,4}{38,1}$ . Rp. 1 Pot Malk.

D.  $\frac{22}{11}$ .  $\frac{38,5}{37,7}$ . Rp. Välling.

D.  $\frac{24}{11}$ .  $\frac{38,3}{37,9}$ . Sep. Morfin.

D.  $\frac{28}{11}$ . Sep. Flaskebouillon.  
Rp. Bouillon med Äg og  $\frac{1}{2}$  Franskbröd.

D.  $\frac{3}{12}$ . D. febril. med Välling  
+ Äg og Bouillon + 1 Pot Malk.

D.  $\frac{26}{12}$ . D. med. med passende Ändringer.

D.  $\frac{9}{1}$  84. Lidt Smerte i cardia.

D.  $\frac{30}{1}$ . E. l.

D.  $\frac{22}{2}$ . Underlivet blødt, elastisk, ikke ömt, klartlydende.

27. 17-årig Kvinde.  $\frac{7}{3}$ — $\frac{15}{4}$  89 (39 Dage). Peritonitis diffusa. Perforationsstedet lader sig ikke bestemt lokalisere. 3dje Dag efter Perforationen akute Brysttilfælde i venstre Side (negativ Stetoskopi). 5te Dag talrige fine, fugtige Rallelyd i højre Side, efterfulgt af herpes labialis. Afebril 10de Dag.

Afdelingens Diagn.: Peritonitis diffusa e perforatione ulceris ventriculi.

I Opvækten Klorose. Siden sidste Sommer har hun lidt af trykende Smerter i cardia samt Kvalme og Opstød og enkelte Opkastninger, der aldrig have indeholdt Blod. Hun har været behandlet med Målkediät.

I Går fik hun pludseligt kort efter Måltidet (hun havde spist Flæsk) voldsomme Smerter i Underlivet, ikke lokaliserede til noget bestemt Sted, men diffuse og ligelige overalt. Samtidig Kvalme og en enkelt alimentös Opkastning. Der kom en stærk Kulderystelse, som ikke har gentaget sig.

Hun er strax fra Begyndelsen bleven behandlet med Morfininjektioner og vin. Thebaie.

I Nattens og Dagens Løb have Smerterne mere lokaliseret sig til højre Side af Underlivet. Kun ringe Søvn i Nat.

Hun er bleg med lidende Ansigtsudtryk. Tungen tør, stærkt belagt. Levermathed fra C<sub>3</sub> til Kurvaturen.

Underlivet temmelig stærkt opdreuet, spändt. Hun ömmer sig meget, selv ved den letteste Palpation, overalt, særligt dog i højre fossa iliaea.

Resp. omtr. 80, höjkostal, overfladisk. P. 100. Tp. 39,7.

Vesica glacial. abdomin.

Inj. morph. 0,015.

D.  $\frac{8}{3}$ .  $\frac{39,7}{39,2}$ . P. 104. God Søvn efter Morfin og vin. Thebaie. gtt XV. Ingen Kvalme, Hikke eller Opkastninger. I Nat lidt Smerte i Underlivet, i Öjeblikket smertefri.

Underlivet halvkugleformigt opdreuet, dog mindre stramt spändt end i Aftes. Det er overalt ömt i betydelig Grad, lige meget opad og nedad, til højre og til venstre, dog ikke ved ganske let Beröring, men kun ved dybt Tryk og isär ved Perkussion. Denne giver klar Tone overalt undtagen i de deklive Partier, hvor der er mat Tone.

Levermatheden nær op i 4de Ikr.

Stärk Törst. Hun får afvexlende

Ispiller og Ismälk

Teskefv.

3 Isblärer på Underlivet.

D.  $\frac{9}{3}$ .  $\frac{39,1}{39,3}$ .  $\frac{116}{120}$ . Har sovet og döset så godt som uafbrudt hele Dögnet, har ikke haft Smerter, ingen Kvalme, Opstöd, Hikke eller Opkastning. Har drukket  $\frac{1}{2}$  Pot Mälk.

Hun får

Inj. morph. 0,015 og } hver 2 Gange i Dögnet  
vin. Theb. gtt XV }  
med Tilläg af mere vin. Theb., om fornödent.

Kort efter Besöget fik hun *pludseligt häftige stikkende Smerter i venstre Side af Brystet*; ved löselig Palpation og Perkussion opdages intet abnormt her. Udseendet efter Stingets Opståen temmelig kollaberet og den tidligere antydede Cyanose stærkere udtalt. Pulsen blev vibrerende, let sammentrykkelig, Ändedrättet kort, overfladisk, ansträngt, med Flugt af alae nasi.

D.  $\frac{10}{3}$ .  $\frac{40}{39}$ .  $\frac{120}{108}$ . P. ret kraftig. *Ömheden af Underlivet særligt lokaliseret til nederste Del af Epigastriet.*

D.  $\frac{11}{3}$ .  $\frac{38,6}{38,4}$ .  $\frac{128}{96}$ . Har i Morges klaget over *Smerter i højre Side af Brystet*. Ingen Kvalme, Hikke eller Opkastning. Urinen tages med Kateter.

Respirationen på højre For- og Sideflade ledsaget af talrige fine, fugtige Rallelyd. Ingen Hoste eller Opspyt.



- D. 12/3.  $\frac{38,6}{38,3}$ .  $\frac{100}{104}$ . Ved højre Næsebor små Herpesblærer.
- D. 13/3.  $\frac{38,3}{38,3}$ .  $\frac{108}{100}$ . Ömheden i Epigastriet er aftagen noget.
- D. 14/3.  $\frac{38,3}{38,3}$ .  $\frac{100}{88}$ . Underlivet mindre stramt, ikke ömt for let Palpation.
- D. 15/3.  $\frac{38,1}{37,9}$ .  $\frac{84}{76}$ .
- D. 16/3.  $\frac{37,9}{37,7}$ .  $\frac{84}{80}$ . Underlivet ingensteds ömt. Epigastriet nu fladt.
- Senere bestandig normal Temperatur.
- D. 21/3. Opiatdoserne nedsættes til  
Morfin 0,01 bis og vin. Theb. gtt X bis.  
 $\frac{3}{4}$  Pot Mälk.
- D. 26/3. Rp. Välling + 1 Pot Mälk. Sep. Vin. Theb.
- D. 27/3. Morfin 0,01 i Dögnet.
- D. 29/3. Rigelig Afföring efter  
clysma af Havresuppe og ol. rapæ ää 200.  
Sep. Morfin. Rp. Franskbröd og et Äg.
- D. 31/3. D. febril. med Välling.
- D. 3/4. D. med. modif.
- D. 7/4. E. l.
- D. 10/4. Befinder sig vel oppe. Kräfterne tiltage hurtigt.

Ved Henvendelse til Pat. d. 19/9 1890, omtr.  $1\frac{1}{2}$  År senere, erfares, at hun siden Udskrivningen har väret rask, kun af og til haft lidt Trykken i Egnen af venstre hypochondrium, uudertiden lidt Kvalme og enkelte Opkastninger, dog ikke i den sidste Måned. Hun undgår at spise Rugbröd og Fläsk, nyder ellers blandet Kost.

Til sidst anförte Sygehistorie, hvor der var Komplikation med Brysttilfælde, skal jeg föje den Bemärkning, at de på 3dje Dag indträdte venstresidige pectoralia rimeligvis må tydes som pleuritis eller mulig pericarditis diaphragmatica (Pulsen blev kendetligt pävirket) fibrinosa, altså som en direkte Forplantelse af Infektionen gennem Lymfplexus på Under- og Oversiden af diaphragma.

De på 5te Dag indträdte höjresidige pectoralia må vel opfattes som en lille atypisk Pnevmoni; den var tilsyneladende uden Indflydelse på den trappeformigt dalende Temperaturkurve. Patogenesis af denne Pnevmoni kan vel være tvivlsom; men det forekommer mig rimeligt at antage Peritoniten som Udgangspunkt også for denne Infektion og Infektionens Gang at have väret gennem Blodbanerne (Metastase) eller gennem Lymfebanerne (per contiguitatem; Plevropnevmoni).

### Bemærkninger til de 7 helbredede Tilfælde.

Til de sidst anførte 7 helbredede Tilfælde vil jeg knytte nogle Bemærkninger, dels for at forsvare *Diagnosen*, da denne, såvidt mig bekendt, ikke er verificeret ved senere Sektion i noget af Tilfældene, dels for at gøre nogle Bemærkninger om *Forløbet* og *Behandlingen*.

I Indledningen er allerede anført afgørende Beviser mod Dogmet om Maveperforationens absolute Dødelighed (uden Operation), som de fleste kirurgiske Forfattere på nærværende Område ere utrættelige i at gentage, rimeligvis på Grund af mangelfuldt Kendskab til Literaturen.

For at lette Argumentationen ere de 7 helbredede stillede efter de 20 secerede, og disse sidst nævnte ere anførte med anamnesticke Data og kortfattet Sygehistorie for at anskueliggøre Perforationens kliniske Fænomener.

Den fjærnere Anamnese går ud på, at der i kortere eller længere Tid har bestået lettere eller sværere Ventrikeltilfælde; Hæmatemese mangler som oftest i Anamnesen, hvorfor det ingeniunde er noget kompromitterende factum, at den mangler i alle de 7 helbredede Tilfælde.

*Selve Perforationen*, der i Regelen overrasker Patienten under hans Arbejde eller pludseligt om Natten, er ledsaget af Fænomener, som trods deres Variabilitet i det enkelte Tilfælde ere ret karakteristiske.

*Pludselig voldsom Smerte i øverste Del af abdomen mangler aldrig* (dog vanskeligere at påvise i de kroniske Tilfælde). Smerterne kunne derefter være vedholdende (trods Opiater) eller temmelig hurtig give Plads for Evfori. Smerterne brede sig ofte fra øverste Del af abdomen ned over det øvrige Underliv eller op i Brystet, til Skulderen eller Armen, men, så vidt mig bekendt, aldrig ned i Benene.

Urinbesværligheder i så høj Grad, at de fordre Brug af Kateter, ere kun tilstede i en Del af Tilfældene, som det synes, navnlig når Peritoniten er diffus, og indtræde i Regelen først noget henne i Forløbet.

*Opkastninger* kunne ganske mangle (hvilket af nogle anses for patognomonisk) eller optræde enkeltvis eller mere hyppigt; at de have været sparsomme i de helbredede Tilfælde, kan vel dels tydes som en Bekræftelse på *Diagnosen*, dels som en An-

befaling af Behandlingen. Vedholdende Opkastninger kunne give Sygdomsbilledet et ileusagtigt Præg.

*Kollapsen* kan vise alle mulige Gradationer fra den hurtigt dødelige til den næppe påviselige. Forbavsende lette Grader af Kollaps ere ikke sjældne; <sup>1)</sup> i de 7 helbredede Tilfælde var den ikke ganske ringe, da Patienterne kom på Hospitalet.

*Temperaturen* kan vise sig subnormal, normal, let febril, høj febril, kort sagt alle mulige Typer; den har ingen Betydning for Diagnosen, men naturligvis stor Betydning for Prognosen.

*Til Fastsættelse af Diagnosen hører foruden Oplysning om Perforationsfænomenerne tillige objektiv Påvisning af peritonitis* [dog har man i ét Tilfælde (KRIEGES), som senere skal meddeles, stillet Diagnosen, skönt peritonitis udeblev].

*De objektive Tegn på peritonitis* kunne ganske vist også vise Variabilitet. Ikke blot kunne de enkelte Fænomener, Ömhed, Kontraktion af Bugvæggen, Fremdrivning af Bugvæggen, optræde dels lokalt, dels universelt, og hvert enkelt kan vise så at sige alle Gradationer; men i Regelen er der i den nærmeste Tid efter Perforationen excessiv Ömhed af Bugvæggen, svarende til Peritonitens Udbredning og Kontraktion af Bugvæggen i samme Omfang som Ömheden, undertiden Fremdrivning. Ofte synes Kontraktionen för eller senere at afløses af Fremdrivning, så at denne i det senere Forløb hyppigst træffes. Det perkutoriske Resultat er veksellende og noget usikkert at bedømme; i mange Tilfælde hindrer den excessive Ömhed Udførelsen af denne Undersøgelse. I nogle Tilfælde kan dog *strax* påvises en Dæmpning svarende til Peritonitens Omfang eller til Lejet af frit Exsudat, men i Regelen får Perkussion og Palpation störst Betydning under det senere Forløb, når Ömheden svinder, og er da af stor Værdi til at påvise Peritonitens nærmere Sæde og Udstrækning.

*Hvad jeg her særligt vil fremhæve, er, at der i de 7 helbredede Tilfælde foreligger nøjagtig Observation af Peritonitens objektive Tegn under hele Forløbet ligesom af dens Begrænsning, hvor den optræder cirkumskript, således at man i nogle*

<sup>1)</sup> F. EVE, London Hosp., meddeler følgende i The Lancet <sup>10/11</sup> 94. En 22-årig Tjænstepige vedblev at udføre sin Gerning over 24 Timer efter Perforation (i Kardiægen). Da hun 2den Dag efter Perforationen kom på Hosp., skønnedes Tilstanden så god, at Operation opsattes til følgende Dag. Ved Operationen og senere Sektion fandtes Perforationsstedet lukket ved Agglutination til venstre Leverlaps Bagflade.

*Tilfælde endog kan opstille Formodning om Perforationens specielle Sæde.*

I 4 af de 7 Tilfælde (Nr 21, 22, 23 og 25), alle med circumskript peritonitis, påvistes et peritonitisk focus i øverste Del af abdomen til venstre for Midtlinien. Da selve fundus ventriculi er det allersjældneste Sted for Perforationer, ligger det nær at rette Formodningen mod Kardiaeegnen. En indirekte Støtte for denne Formodning fåes ved at betragte samtlige 27 Tilfælde under et.

I Kasuistik A (16 Tilf.) var Perforationen i 8 Tilfælde ved pylorus eller på Bagfladen, i 8 Tilfælde på Forfladen, og af disse synes kun en enkelt (Nr 3) at have været ganske nær ved cardia. I Kasuistik B (4 Tilf.) var ingen af Perforationerne i Nærheden af cardia. Man kan sige, at Kardiaperforationerne savnes i de 20 først anførte Tilfælde, skønt de ingenlunde ere sjældne, og de ville findes stærkt repræsenterede i det følgende Afsnit (operative Tilfælde). En Forklaring kunde gives ved at antage dem særligt hyppige blandt de 7 helbredede Tilfælde.

*Pneumoperitonæum*, som jo gælder for et særligt værdifuldt Tegn, fandtes i et af de helbredede Tilfælde (Nr 25).

*Infektion til venstre Side af cavum thoracis*, som fandtes i 2 Tilfælde (Nr 25 og 27), må vist også henregnes til de karakteristiske Tegn ved peritonitis e perforatione ventriculi.

Hvis man trods alle foreliggende positive og negative Oplysninger (de sidste kun let berørte i de sammentrængte Sygehistorier) vil hævde, at der dog er Tvivl om Ventrikelperforations Tilsetdeværelse i flere eller færre af de 7 Sygehistorier, forekommer det mig, at Ventriklen som et *Prædilektionsorgan for Perforationer* trænger andre Muligheder noget i Baggrunden. Således ere Ileumsp perforationer meget sjældne og have næppe særligt Sæde i øverste Del af abdomen. Appendicitis kan i sjældne Tilfælde, hvor Organet ligger på abnormt Sted, danne focus i Midten af Underlivet eller i venstre Side, dog formentlig aldrig i den supraumbilicale Del uden som Sænkingsabsces fra fossa iliaca, hvor et primært focus altså påvises. Galdevejsperforation kan vel næppe komme i Betragtning, og Helbredelse af en sådan vilde vel være et unicum.

Hvad *Forløbet* angår, er det påfaldende, så hurtigt de akute peritonitiske Symptomer tabe sig i de helbredede Tilfælde (1—

2—3—4 Uger); som Forklaring herpå må man formode, at der kun har været sero-fibrinøs peritonitis med ringe Exsudat. Absces i abdomen forekom jo ikke i noget af Tilfældene. Mængden af udtrådt Maveindhold må selvfølgelig også have været ringe og af let resorberbar Beskaffenhed. Extravasatets infektiøse Ävne kan muligvis have været ringere i de helbredede end i de letale Tilfælde.

*Dog må Peritoniten siges at have været særdeles svær i nogle af Tilfældene*, således i Nr 26, hvor der kom akut decubitus.

Om Komplikationerne i cavum thoracis har jeg ovenfor udtalt mig (Sygehistorie 25 og 27). Her skal jeg blot bemærke, at de ofte synes at opstå tidligt (få Dage efter Perforationen); i et Tilfælde optrådte de dog først 17de Dag. Hyppigheden i alle 27 Tilfælde var 5 Gange.

Som Forudsætning for Helbredelsen må antages en nogenlunde hurtig og fuldstændig Tillukning af Perforationen ved Tilklæbning til et Naboorgan. I Sygehistorie 25 indtrådte dog pneumoperitonæum på 2det Dögn efter Perforationen, ledsaget af høj Temperatur (41,1), men var forsvundet 2 Dage senere. I de øvrige helbredede Tilfælde synes Peritoniten forløben uden Forstyrrelse i Agglutinationen mellem Perforationsstedet og et Naboorgan.

**Behandlingen.** Da samtlige 7 helbredede Tilfælde ere behandlede på Hospital, må jeg først anføre, på *hvilket Tidspunkt efter Perforationen* de kom på Hospitalet, hvor Diagnosen (i alt Fald deritonitis acuta) strax er stillet og den nedenfor angivne Behandling institueret.

Af de 7 Patienter kom 3 først to Dögn efter Perforationen på Hospitalet, 1 halvandet Dögn, 1 et Dögn og 2 under et Dögn efter Perforationen. To af Patienterne have i Hjemmet fået tilsyneladende uhensigtsmæssige medicamina (Mixture, ol. ricini), to andre vides strax at have fået Opiater. En af Patienterne (Nr 25) havde forsøgt at være oppe nogle Timer, de øvrige synes at have holdt Sängen i Hjemmet.

*Den medikamentelle Behandling* af de akute Perforationsfænomener består udelukkende i Indgift af Opiater: Morfin i subkutan Injektion og Opium (som vinum Thebaicum). Som fast Ordination gives i den første Tid et Opiat hver 6te Time, afvekslende inj. morph. 0,01—0,015 og vin. Theb. gtt. X—XV

med Tilladelse til Extradosis i Mellemtiden, om Smerter eller Uro nödvendigöore det. På den anden Side våges der over, at Patienten ikke bliver *för stærkt* påvirket af Morfinen (stor Dö-sighed, kontraherede Pnpiller), i hvilket Tilfælde Dosis formind-skes eller ndsättes.

Obstipation, som i Regelen bliver en nödvendig Fölge af denne Behandling og også er tilsigtet i den förste Tid, bliver ikke vedligeholdet altfor længe, navnlig ved cirkumskripte Peri-toniter, og clysmas, f. Ex. af Olje og Havresuppe aa ptt., kan gives, för Opiumsbehandlingen er afsluttet, när Trang til Affö-ring eller påviselig Fäkalophobning i rectum gör en Udtöm-melse önskelig.

Mod Kvalme og Hikke gives Ispiller.

*Den Syges Ernärning* er et af de vigtigste Punkter i Be-handlingen. *I de her meddelte 7 Tilfælde er den gennemfört på en Måde, der afviger fra den almindelige Fremstilling* i Lärebögerne og Publikationerne, hvor Lösenet nästen altid er: Diäta absoluta og Ernärning per rectum, så snart Ventrikel-perforation erkendes eller formodes.

Indikation for *absolut Diät* er *tilsyneladende* meget rationel, i det man vil holde Ventriklen tom og kontraheret för at hindre Udflod gennem Perforationen. Efter denne Tankegang burde Behandlingen i alle de Tilfælde, hvor Ventrikeln ikke sikkert antages tom i Perforationsöjeblikket, indledes med Udtömmelse af Ventriklen ved Mavepumpe.<sup>1)</sup>

En närmere Betragtning af Ventriklens fysiologiske Forhold og de patologiske Forhold efter Perforationen förer til et andet Syn på Opfyldelsen af den Hovedindikation at hindre Udflod i Peritonäalhulen gennem Perforationen.

Ventriklen er selv et glandulärt og secererende Organ, der ikke er tomt i fastende Tilstand hos normale Individier.<sup>2)</sup> End videre kan man ikke hindre Mundvädske i at flyde ned, og endelig *som det vigtigste Punkt må nävnes, at det gälder om at hindre Tarmindhold i at flyde tilbage i Ventriklen.* Ovenfor (s. Bemærkninger til Kasuistik A) er vist, at der efter Maveperforation er stor Tilbøjelighed til retrograd Bevægelse af Tarmindholdet til Ventriklen, hvorfra det igen synes massevis at træde nd i Peritonäalhulen.

<sup>1)</sup> Ved Perforation har SCHLIEP, som det synes med Held, tömt Ventriklen ved Mavepumpe. LEUBE: Magenkrankheiten, S. 160.

<sup>2)</sup> MARTIUS (Deutsche medicin. Wochenschr. 9de Avgust 1894).

Indikationen former sig da således, at det gælder om at *vedligeholde Ventriklens normale Funktion*, men selvfølgelig på et Lavmål.

Dette er sket ved *metodisk Tilførsel* af små Mængder Føde, hvortil bedst vælges Mælk, som vides hurtigt at passere over i Tarmen. Ordinationen lyder da f. Ex. på: en Teskefuld Ismælk gives hvert Kvarter eller hver halve Time, når Patientten er vågen.

Det har vist sig, at man få Dage senere kan stige med Dosis og inden for lang Tid gå over til andre Alimenter. Ernæring per rectum har slet ikke været anvendt.

Absolut Diæt er kun ordineret i Anledning af indtrådt pneumoperitonæum og kun for en kort Tid. Ellers er strax ordineret Ismælk eller Isvand (Ispiller).

Den tidlige Næringstilførsel har sikkert været af stor Betydning for Patientens Helbredelse, særligt i de svære Tilfælde med decubitus og Brysttilfælde. I det akute stadium indtager Kollapsen vist en sideordnet Plads med Peritoniten som Dødsårsag, og den modvirkes heldigt selv ved små Mængder af Føde.

Sluttelig finder jeg Anledning til at minde om, at *Genneførelsen af de nævnte Forholdsregler*, som synes så let fattelig på Papiret, i Virkeligheden *kræver et meget stort Apparat*.

Når MIKULICZ<sup>1)</sup> siger, »at vi hidtil har stået som ledige Tilskuere ved Perforationsperitoniterne», er denne Bemærkning såre lidet træffende, i alt Fald på vore danske Forhold.<sup>2)</sup> Behandlingen af Ventrikelperforation efter »interne» Principper fordrer et fuldtud hensigtsmæssigt Leje for den Syge, hvor han kan holde ud at ligge passivt hen i samme Stilling Døgnet rundt. Den Plejerske, som skal betjene den Syge — og i det aknte stadium udelukkende beskæftige sig med ham — vælges som den pålideligste af et Elitekorps. Fuldstændig gensidig Tillid mellem det udøvende og det administrerende Personale

<sup>1)</sup> VOLKMANN'S Sammling Nr 262, 1885.

<sup>2)</sup> Anderledes er måske Forholdet på visse Steder i Udlandet. Således skriver ESCHER (Zur Laparotomie bei Perforationsperitonitis i Wiener med. Wochenschr. 1887, Nr 17 ff.): Jeg har ikke kunnet benytte Materialet fra de interne Afdelinger i Triest, fordi Sygehistorierne vare for kort affattede. Dette har sin naturlige Forklaring deri, at hos os, som vel overalt, betragtes Perforativperitonitis som i Regelen dødelig og iagttoges derfor ikke med synderlig klinisk Interesse.



samt sikker Instruktion og Disciplin er en Forudsætning for heldig Behandling af disse Patienter.

Hvor Forholdene udelukke Tilvejebringelsen af dette store Apparat, tror jeg rigtig nok, at Vægtskålen synker til Fordel for den operative Behandling. Til dennes Udførelse kan man altid skaffe tilstrækkelig Assistance, og under Efterbehandlingen har Lågen anderledes Myndighed over en opereret Patient og særligt over hans Omgivelser end over en ikke-opereret. Lykkes operativ Tillukning af Perforationen, må Fordringerne til fuldstændig Ro for Patienten vel også stilles mindre stränge, end hvor Naturhelbredelse tilsigtes.

---

## II. Operative Tilfælde.

I det sidste Årti have adskillige Kirurger behandlet Maveperforation operativt, og i en Del Tilfælde — vel næppe over en halv Snes — er der opnået Helbredelse.

Denne Behandling har ikke blot Interesse som en, der udviser Helbredelser og sikkert tør antages perfektibel i Fremtiden; men det er også med stor Interesse, at man erfarer Enkelthederne ved det patologiske Fund i cavum abdominis in vivo.

Glimrende Resultater foreligge ikke og tør næppe ventes på Videnskabens nuværende Standpunkt, i det Operatøren som Regel strax får at gøre med et inficeret peritonæum.

Behandling af Peritoniten med differente (korrosive eller giftige) antiseptica synes nu opgivet af alle praktiske Kirurger som skadelig. Tilbage bliver at fjærne det i Öjeblikket tilstedeværende Exsudat med Svamp eller Udskylning med indifferente Vädsker og eventuelt indlægge Drän.

Hvor usikker Prognosen for Peritonäalinfektionens Udfald herefter end er, fortjæner det dog at noteres, at mange Operatörer have bemærket en i det mindste forbigående Bedring efter denne Procedure.

For mig er det *Perforationens Behandling* (Lukning med Suturer, eventuelt efter Excision af ulens) som har størst Interesse. Flere engelske Kirurger have meddelt udförlige Sygehistorier også af uheldigt forløbne Tilfælde, netop for at deres

Behandling af Perforationsstedet kan komme til almindelig Kundskab. Sygdommens endelige Udfald er jo som sagt væsentligt afhængig af Peritonäalinfektionens Gang.

Jeg opstiller derfor de nedenfor meddelte Sygehistorier i topografisk Orden, ikke efter Udfaldet, og deler Materialet i 4 Grupper:  $\alpha$ ) Perforationer i Pyloruseggen, resp. duodenum,  $\beta$ ) Perforationer på Bagfladen,  $\gamma$ ) Perforationer på Forfladen og  $\delta$ ) Perforationer ved cardia.

Ikke alle publicerede Tilfælde ere komne til min Kundskab, og en Del Tilfælde ere meddelte så kortfattet, at de ikke kunne benyttes. I Bemærkningerne til Sygehistorierne har jeg fundet omtalt, at man i visse Tilfælde ikke har kunnet finde Perforationsstedet, og undertiden har man sidst af alt undersøgt Ventriklen for at finde Udgangspunktet for den foreliggende Perforationsperitonitis. Mangelfuld Diagnostik har således i en Del Tilfælde skadet Resultatet. På den anden Side er der i enkelte Tilfælde gjort en rigtig Lokaldiagnose for Operationen ved at lægge nøje Mærke til Stedet for den intense Smertes Sæde i Perforationsøjeblikket og Incisionen i Bugvæggen er lagt derefter.

### Gruppe $\alpha$ .

#### Perforationer i Pyloruseggen, henholdsvis duodenum.

1. *Ulcus perforatum duodeni. Peritonitis purulenta diffusa. Sutura efter Excision af ulcus. Helbredelse.*

(PERCY DEAN i The Lancet  $12/3$  94.)

En 27-årig Kvinde indlagdes på London Hospital  $17/2$  94 med intens Smerte og Udspænding af Underlivet, tør, furet Tunge og hyppig Opkastning. Tp.  $39-40^{\circ}$ . I 14 Dage havde der været Smerter i Brystet og Mavegruben. Hun var behandlet for Indigestion. Afføringen var meget fast.

24 Timer for Indlæggelsen blev hun meget slettere, med forøget Smerte og Svaghed.

Der diagnosticeredes akut generel peritonitis og formodedes at være en mekanisk Obstruktion som Årsag.

Der gjordes en 3" Incision nedenfor umbilicus, hvorved purulent Vædske flød ud.

Derefter forlængedes Incisionen opad, og Operatøren fandt et perforeret ulcus på *Forsiden af duodenum*; omkring Uleerationen var Tarmvæggen indureret.

Han exciderede en *Ellipse med Sax*; det fjærnedede Parti indeholdt både ulcus og Indurationen.

Hullet i Tarmen sutureredes med LEMBERTS Suturer, og efter Rensning af abdomen lukkedes Såret.

Pat. kom sig godt og gik oppe 30 Dage efter.

Hun døde 2 Måneder senere af ileus (et peritonäalt Bånd).

Ved Sektionen fandtes intet Tegn på Uleeration af duodenum.

### 2. *Perforatio duodeni. Excision og Suttur. Död.*

(Dr. GOULD. Middlesex Hospital. The Lancet 1893.)

En ung Tjänestepige fik pludselig stærke Smerter i højre hypochondrium og Opkastninger. Hun behandledes först for ileus med store elysmata. 26 Timer efter Sygdommens Begyndelse diagnosticeredes perforativ peritonitis. Incision over Symfysen. Vädske af sur Reaktion påvises i abdomen. Intet abnormt ved proc. vermif. eller uteri adnexa. Ny Incision ovenfor umbilicus. *Et ulcus på forreste Væg af överste Tredjedel af duodenum excideredes*, sutureredes med to Rækker Silkesuturer og däckedes med en Omentallap. Cavum abdominis udvaskedes med store Kvanta varm Borsyreoplösning og dränceredes gennem bägge Incisioner. Död af peritonitis 10 Timer efter Operationen. Suturerne lukkede vandtät.

### 3. *Ulcus ad pylorum. Extrem Kollaps. Suttur. Död.*

(GODLEE i The Lancet <sup>17</sup>/<sub>3</sub> 94.)

I en Diskussion om perforatio ventriculi bemærkede Dr. GODLEE: I det eneste Tilfælde, han havde opereret, var der extrem Kollaps, og Perforation havde existeret i 20 Timer. Han gjorde Incision i Midtlinien. *Ulcus var nær ved pylorus, og der var ingen Vanskelighed ved at suturere det*, skönt Vädske fra Maven udflöd, medens han arbejdede. Vanskeligheden var grundig Udvaskning af peritonæum.

## Gruppe β.

### Perforationer på Bagfladen af Ventriklén.

#### 4. *Perforation på Bagfladen af Ventriklén. Cirkumskript peritonitis. Suttur. Helbredelse.*

(WILLIAM BENNETT. The Lancet <sup>7</sup>/<sub>2</sub> 94.)

En 41-årig Kvinde fölte pludseligt, medens hun gik op ad en Trappe Kl. 3 om Eftermiddagen, en voldsom Smerte tvärs over Navlen, blev svag og faldt om. Läge kom strax tilstede og sendte hende til St. George Hospital. Der var för Operationen (8½ Time efter Perforationen) betydelig Kollaps, P lille, Tp. subnormal. Abdomen let udspändt. Ovenfor Höjden af umbilicus var der häftig Smerte og Ömhed. Levermetheden däcket af tympanitisk Tone. Abdominal Respiration indskränket, men ikke fuldständig ophävet. Ingen generel peritonitis. Facies abdominait. Ingen Kvalme eller Opkastning.

Aldrig för pludselig Smerte, Kvalme, Opkastning eller Hämtemese. I de sidste 14 Dage havde der været en gnavende Smerte i Egnen af umbilicus, som tiltog efter Måltiderne. I det hele havde hun tidligere haft god Helbred.

Abdomen incideredes i Midtlinien fra lige over umbilicus 3 Tommer opad. En Ström af uklar Vædske fulgte Åbningen af peritonæum. Den foreliggende Flade af Leveren var dækket af frisk Exsudat og Delene omkring Pyloruseggen sammenklæbede ved friske Adhæsioner. Da omhyggelig Undersøgelse af Ventriklens Forflade ikke viste nogen Perforation, blev Bugsåret udvidet en Tomme. *Ventriklen trukken frem og vendt opad.* Der blev da fundet på Bagfladen, omtrent 2½ Tomme fra pylorus, en Perforation af Størrelse som Kateter Nr 6, omgivet af en Zone af brusagtig Induration omtrent 2 Tommer i Diameter, som aftagende mod Randen gik over i de sunde omgivende Dele. Højre Rand af denne Induration berørte næsten pylorus.

Den lille Perforation blev netop gjort vandtæt ved en Sutur, der fattede hele Tykkelsen af Mavevæggen nndtagen Slimhinden. Peritonæum på bægge Sider af Perforationen, der var meget fortykket og stift, blev derpå bragt sammen ved 6 LEMBERTS Sutures, så at det fuldstændigt dækkede den lukkede Perforation. Ved Udførelsen heraf viste sig nogen Vanskelighed. Den første Sutur, som blev knyttet temmelig hurtigt, skar på en Gang gennem det stive og fortykkede peritonæum. De følgende Sutures blev derfor knyttede meget langsomt. De holdt da alle ganske sikkert. En anden Række afspændende Sutures blev lagt ved bægge Ender af Ventriklens lange Axe, strækkende sig ind over sundt peritonæum. Disse Sutures nåede til højre til pylorus. Efter at Organerne vare aftørrede med en ren, blød Svamp, førtes de tilbage i abdomen. Bugsåret sutureredes med Silkworm. Ingen Udskyning, intet Dræn.

Rekonvalescensen gik uafbrudt. I 4 Dage anvendtes ernærende clysmata. Vand tillodes at nydes i små Portioner. 14 Dage efter Operationen gaves fast Føde. 49 Dage efter Operationen forlod hun Hospitalet, var tiltagen i Huld og følte ikke Smerte nogensteds.

Af andre operative Tilfælde af Perforation på Bagfladen har jeg kun fundet et enkelt omtalt, men uden Detalj. <sup>1)</sup> Perforationerne her ere jo sjældne, hvorfor jeg skal supplere denne Gruppe med et Tilfælde af *rulnus* på Bagfladen af Ventriklen, behandlet med Sutur.

TILING i St. Petersburger med. Wochenschr. 1884, Nr 14.

(Ref. efter MIKULICZ.)

En 19-årig Mand fik et Stik i Underlivet. Gennem de 2 Cm. lange Sår i Nærheden af Navlen var Net prolaberet. Rigelig Blodbråking.

<sup>1)</sup> RUTHERFORD MORISON (Forhandlinger i British medical Association, Bristol 1894). Ref. i La semaine médicale 11te August 1894.

Efter Laparotomi i linea alba fandtes en stor Mængde Blod i Underlivet, et gabende Sår i lig. gastro-colieum og efter Dilatation af dette et 1 Cm. stort Sår på Bagsiden af Ventriklens,  $1\frac{1}{2}$  Tomme ovenfor curvatura major. Slimhinden var prolaberet gennem Såret.

3 Muskel- og 4 serosa-Suturer. Ufuldstændigt Toilette af peritonæum på Grund af Kollaps. Helbredelse. Ingen Tegn på peritonitis.

I de to anførte Tilfælde af Sutur på Ventriklens Bagflade have Operatørerne skaffet sig Adgang til denne gennem lig. gastro-colieum. Da Mavesårene jo i Regelen sidde i Nærheden af curvatura minor, kunde man mene, at det var nærmere at søge dem ved at perforere lig. gastro-hepatieum. Som det vil ses i det følgende, viser Vanskeligheden ved at behandle Maveperforationer operativt sig for en væsentlig Del i de begrænsede Pladsforhold i øverste Del af abdomen, hvorfor det formentlig oftere vil vise sig hensigtsmæssigt at vælge den førstnævnte Vej og trænge ind ved curvatura major, hvorved Arbejdsfeltet antageligt bliver friere.

En tredje Operationsplan (foreslået af CZERNY og MIKULICZ) består i at incidere Ventriklens Forside og suturere Perforationen fra Slimhindesiden. Jeg kender ikke noget Tilfælde af Maveperforation, behandlet efter denne Metode.

### Gruppe γ.

#### Perforationer på Forfladen af Ventriklens.

##### 5. WARRINGTON HAWARD.

(British medical journal 1893, S. 952.)

En 26-årig Kvinde, der havde lidt af Dyspepsi, opereredes 14 Timer efter perforatio ventriculi. Hullet i Ventriklens optog en Finger. Stærk Infiltration i Omfanget. *Ventriklens fixeredes til Bugvæggen, Randene af ulcus til Incisionen i Bugvæggen.* Peritonæum udskyllet.

Der kom Infiltration ved basis af Lungerne, atter sviudende på højre Side, tiltagende på venstre. Purulent Expektorat.

Död 6 Uger senere. Sektionen viste Ventriklens adhærent til Bugvæggen og peritonæums Tilstand tilfredsstillende. Dödsårsagen var Absces i venstre Lunge og pleuritis purulenta diaphragmatica.

## 6. G. E. ANSON (New Zealand).

(The Lancet 4de Marts 1893.

20-årig Kvinde, behandlet i 18 Måneder for Dyspepsi og Anæmi. Hun blev pludseligt syg i Kirken om Aftenen d. 11 September 1892. Hurtigt stærk Kollaps. Smerter i Maveegnen ved Bevægelser og Tryk, navnlig *svarende til øverste Del af venstre musculus rectus*. Levermathed normal. Tp. lidt under 37°. Tungen tør. Opium og varme Omslag. Nogle få Teskefulde Mælkevand gaves mod Tørsten.

Om Natten store Smerter. Omtrent Kl. 2 blev abdomen enormt udspændt. Hyppige Opstød af Luft for Underlivets Udspænding, sencre ingen. Ingen Opkastning. Urinladning fri.

Underlivet fandtes ensformigt udspændt overalt, Levermatheden forsvunden. Resp. kostal. Ringe Smerte. P. svag, 140.

24 Timer efter Anfaldet Operation. Kloroform.

Incision i Midtlinien, ovenfor umbilicus, i 5" Udstrækning. Efter Incisionen af peritonæum undveg en enorm Masse lugtfri Luft, og abdomen antog naturlig Form. Transversel Incision gennem venstre rectus. Tarmene vare mere eller mindre tomme.

I cavum peritonæi en betydelig Mængde fnugget Vædske. Tarmene blanke, uden fastsiddende Belægninger. Efter at Vædsken var svampet op, sås en hel Del Fibrin på forreste Side af Ventriklens omentum minus. Den var blød og let at fjærne.

På Ventriklens Forflade lige under omentum minus var en lille sort Plet, omtrent som et Hampefrø, gennem hvilken en Sonde indførtes i cavum ventriculi, og noget Ventrikelindhold flød ud langs Sonden. På Grund af Kollapsen var der ikke Tid at anlægge LEMBERTS Suturer; derfor bleve 2 fine Silketråde førte igennem serosa og muscularis retvinklet på hinanden og knyttede. For- og Bagsiden af Ventriklens undersøgtes nøjagtigt; men ingen flere Perforationer fandtes. Bughulen skylledes med varmt Borvand. Såret i Bugvæggen sutureredes. En lille Incision gjordes 2" over pubes, hvorigennem Dræn indlagdes. Atter Udskylning af abdomen.

Natten uden Smerter. Død Kl. 10 Fm., omtrent 36 Timer efter Anfaldet. Ingen Avtopsi.

## 7. HERBERT W PAGE, Cambridge.

(The Lancet 1894.)

Den 27de Maj 1893 blev PAGE tilkaldt til en 25-årig Kvinde på St. Marys Hospital. Hun havde lidt af Indigestion i adskillige År, havde ofte haft Kvalme og havde en Gang opkastet en kaffegrums-lignende Masse.

Om Aftenen den 25de Maj blev hun pludseligt, efter Nysen, greben af en *hæftig Smerte i venstre hypochondrium, på et Punkt lige under de falske Ribben et Par Tommer fra Midtlinien*. Fra det Öje-

blik var hun ganske ude af Stand til at arbejde, og Smerterne bredte sig gradvis over til højre Side af abdomen.

Da hun kom på Hospitalet, var Tp. 38°, P. 124, Resp. 44.

Den 27de om Middagen var P. 156; hun klagede over Smerter i hele øverste Del af abdomen, og der var udtalt Dyspnö. Abdomen var ubevægeligt under Åudedrättet, ömt overalt og med Undtagelse af et lille Parti i den venstre Side overalt tydeligt resonant. Tp. ikke højere end tidligere. Der diagnosticeredes *ulcus perforatum ventriculi*. Der var klar Tone over Levereguen som Tegn på Luftudträdning i abdomen. Pat. blev strax forberedt til Operation.

Abdomen åbnedes i Midtlinien ovenfor umbilicus, og strax undveg Luft gennem Incisionsåbningen. Efter denne fulgte en stor Mængde tynd, brun Vädske. Så meget som muligt blev suget op med Svampe, og med Svampe blev abdomen beskyttet mod videre Udflod.

Derpå undersøgte man Ventriklens Overflade og traf snart på Hullet, der var stort nok til at optage Spidsen af Pegefingern. *Det var på Forfladen, lige under det Sted, hun strax havde udpeget som Smertens Sæde.* Vädske af samme Beskaffenhed som omtalt flöd frit ud af Åbningen og blev ledet udenfor abdomen. Da Udflodet var standset, bemærkedes omkring Perforationen tykke Lag af Exsudat. Noget af dette fjærnedes. Randen af Såret fjærnedes med en VOLKMANNS Ske, og *det lukkedes med en kontinuerlig Sutur gennem alle Lag.* Ved Hjælp af 7 LEMBERTS Suturer, der gik gennem muscularis, blev den Del af Ventriklen, som omgav Perforationen, dernæst foldet sammen, således at peritonæum lå i Beröring med peritonæum. Efter at en god Portion Exsudat af en smudsig gulgrå Farve var skrället af Ventriklen og svampet op mellem denne og diaphragma, blev hele Peritonæalhulen renset med varm Borsyreoplösning. Bogsåret blev lukket på sædvanlig Måde med Rækker af Suturer.

*Pat. rettede sig snart og var i 24 Timer afgjort lettet;* men den følgende Eftermiddag begyndte Tp., Puls og Respiration at stige og hun blev hurtigt slettere. Hun døde 34 Timer efter Operationen, og 79 efter at Perforationen var indtrådt.

*Sektionen viste:* Forreste Ventrikelvæg var temmelig fast forenet med venstre Leverlap ved frisk Exsudat og mindre fast med Bugvæggen. Ventriklensuturerne vare skjulte for Synet af Exsudat. Ved Injektion af Vädske i Ventriklen under betydeligt Tryk blev ikke den mindste Utåthed funden på Perforationens Sted, og Suturerne syntes at være fuldstændig tilfredsstillende. Ulcerationen på forreste Væg sad 2 Tommer nedenfor curvatura minor og omtrent midt mellem cardia og pylorus. Den var omgivet af tykt, inflammeret Væv, som vilde have gjort det umuligt at excidere de tilgrænsende Dele af Ventrikelvæggen. Der var en tynd Belægning af gulligt Exsudat på venstre Leverlaps Overflade; men selve Tarmene vare blanke og fri for Exsudat.

#### S. HASTINGS GILFORD.

(The Lancet  $\frac{2}{6}$  1894.)

En 29-årig Kvinde. 2 Gange Hæmatemese for 8 År siden. Senere ofte Kardialgi og Opkastning. Opkastningerne stode ikke i For-



hold til Måltiderne. *Ömhed på et begrænset Sted i Epigastriet, som kunde dækkes af en Shilling.*

D.  $\frac{22}{6}$  93 Kl. 10 Fm. efter en Frokost Kl. 8 $\frac{1}{2}$ , bestående af koldt Fårekød, Bröd og Smör, böjede hun sig forover, medens hun vaskede sit lille Barn. Hun fölte da en pludselig häftig Smerte lidt over og til venstre for umbilicus. Hun gik med Möje ned ad Trapperne for at få en Nabo til at hente Lägen. Denne så hende Kl. 10 $\frac{1}{2}$  liggende i Säugen, klynkende af Smerte, som hun henförte til Midten og nederste Ende af sternum og särilig til bägge Skuldre. Dyspnö og kostal Respiration. Smerterne i abdomen havde väret ringe siden Begyndelsen, henförtes til Epigastriet og venstre hypochondrium. Bugmusklerne kontraherede og ömme, särilig på det anförte Sted.

Ansigtsträkkene vare ikke indfaldne, og der var ingen Kulde af Extremiteterne. Hun fölte Kvalme, men kastede först op  $\frac{1}{2}$  Time senere. Tp. 36°. P. 68, regelmässig, af normal Fylde og Spänding. Der gaves Injektion af Opiumoplösning under Huden. Pulsfrekvensen steg til 104 Kl. 6 Em., Tp. til lidt over 38°.

Kl. 6 $\frac{1}{2}$  Em. Incision på 3 $\frac{1}{2}$ " i Midtlinien fra  $\frac{1}{2}$ " under proecessus ensiformis. Efter at linea alba var gennemskären, prominerede det subperitonäale Fedt og peritonæum som en Bläre mellem Sår läberne. Efter Punktur undveg Luft sammen med peritonäal Vädske og Maveindhold.

Ved at före Fingeren ind gennem Incisionen löb den nästen strax ind i det åbne Sår, som var beliggende på Forfladen, tilsyneladende närved Midten. Det var for lille til at optage Fingeren, men Randene vare så sköre, at Fingeren uden Vanskelighed kunde forceres igennem ved at sönderrive den omgivende kallöse Del af Ventriklen. Randene af Såret syntes at väre  $\frac{1}{2}$ " tykke.

Det indre af Maven blev först undersøgt for andre Sår, men med negativt Resultat, og *Randene af Perforationen bleve derpå exciderede. 10 Silkwormgut-Suturer bleve derpå förte gennem hele Maveväggen, inkl. mucosa.* Såret var omtrent 2" langt, *Vävet omkring det overordentligt skört, og det var vanskeligt at bringe de indurerede Rande sammen.* 2 Suturer skar igennem og måtte erstattes af andre. Da Såret endelig var fast lukket, blev et Maverör fört ned i Maven og Vand heldt ind gennem en Tragt for at prøve Suturernes Sufficiens. Da intet Vand trängte igennem, blev Bughulen godt udskyllet med kogt Vand og Såret lukket. Et Glasrör förtes ind til det suturerede Mavesår.

Fölgende Dag ringe vandagtigt Udflod. Dränet havde forskudt sig og fjärnedes. 7 Gange tynd Afföring om Natten. Clysmata nutritientia gaves i 7 Dage.

På 9de Dag begyndte Tp., som havde väret normal i 2 Dögn, at stige og var i 5 Dage omtr. 38°. Bughsåret suppurerede og hun fik indfaldent og deprimeret Udsceende. Hun fik nu Föde per os. 14de Dag efter Operationen fik hun en pusholdig Afföring. 17de Dag steg Tp. til 39—40°; om Natten fik hun pludselig stärk Smerte lidt over og til venstre for umbilicus. Hun fik strax efter en ildelugtende,

tynd Afföring, hovedsagelig bestående af pus; 3 lignende Afföringer den følgende Dag.

Tp. faldt hurtigt. Hun var oppe 3 Uger efter Operationen.

Det følgende År er hun tagen til i Huld og har været fri for dyspeptiske Besværligheder.

De første 3 Måneder kunde det fortykkede Parti omkring det tilhelede uleus tydeligt føles gennem Bugvæggen; men nu kan det ikke påvises. <sup>1)</sup>

## Gruppe δ.

### Perforationer ved cardia.

#### 9. HASTINGS GILFORD.

(British med. journal 1893, S. 944.)

Suturene af Perforationen insufficente. Kreolinforgiftning. Død af Septikæmi på 31te Dag.

D. 19de Okt. 1892 Kl. 1.30 Fm. blev Dr. GILFORD kaldet til en 20-årig Pige, som havde fået pludselig Smerte i abdomen. Stor Ængstelse, indsunkne Træk, kold og fugtig Hud, en lille, hård, frekvent Puls. Smerterne henførtes til venstre Side af Epigastriet og Hypokondriet og vare ledsagede af Æmhed og Muskelstivhed. Abdomen snarest kontraheret, overalt resonant. Kvalme, ingen Opkastninger, men Vomitioner. Resp. frekvent, kostal.

Kl. 9 om Aftenen havde hun spist stærkt af Brød, Ost, Kål og Kartofler, og Kl. 12 blev hun vækket op af Søvn ved Indtrædelse af Smerterne.

For en Måned siden Opkastning og Kardialgi.

Inj. morph. gaves, hvorved Smerterne lindredes. To Timer senere atter Injektion. Hun opkastede da omtrent 300 Gram til Dels fordøjet Føde.

Tp. Kl. 10½ Fm. henved 39°. P. 140. Abdomen let udspændt, ømt overalt.

*Incision* (under Kloroform) 3 Tommer, 1 Tomme til venstre for og parallelt med linea alba, fra ½ Tomme nedenfor Kurvaturen. En Masse Vædske styrtede ud, der var Oljedråber på Overfladen. Få Sekunder efter viste sig nogle få Partikler halvfordøjet Føde.

Blodkarrene på Forfladen af Ventriklen stærkt fyldte, tiltagende mod curvatura minor. En ru, uregelmæssig Flade føltes på curvatura

<sup>1)</sup> Et rimeligvis hermed analogt Tilfælde, der dog først kom til Operation 12 År efter Katastrofen (for perigastriske Adhærencer) er meddelt af LUCAS-CHAMPIONNIÈRE i société de chirurgie (Ref. i La semaine médicale 7/11 1894):

Efter Incision fandtes Adhærencer af betydelig Udstrækning og træagtig Hårdhed mellem Leveren, Maven og colon transversum. 12 År tidligere havde Pat. haft inflammatoriske Fænomen fra abdomens Side; sluttelig Pusafgang per rectum. Man havde tænkt på en Leverabsees, der perforerede ind i Tarmen.

minor, nær Midten; ved at bringe denne frem for Øjet sås en Mængde Granulationsvæv sammen med frisk Exsudat; på Leverens Underflade tilsvarende Tegn på tidligere Adhäsion. Såret eftersøgte her, men uden Resultat. *Efter Løsning af nogle Adhæreencer* og lagttagelse af Strømmens Retning viste det sig, at denne kom fra et Sted nærmere cardia. Fingeren førtes derfor ind mellem Adhæreenerne i denne Egn, og Åbningen fandtes. Den sad snarere på Bagsiden end Forsiden og kunde ikke bringes frem for Øjet. Den var stor nok til Indførelse af en Finger.

4 Silkeetråde førtes gennem Mavevæggen  $\frac{1}{2}$  Tomme fra Randene af Såret og knyttedes således, at disse indkrængedes.

Abdomen udskylledes med kogt Vand med Tilsætning af lidt Kreolin. Glasdrän indførtes til Sårets Sted. Bogsåret lukkedes.

I 2 Dage var Pat. til Tider delirerende med Opaddrejning af bulbi og Muskeltrækninger i Ansigtet. Urinen lodes 24 Timer efter Operationen, var uden albumen.

Dränet gennemsprøjtedes 4 Gange daglig med svag Condys Vædske i kogt Vand de fire første Dage.

Der var i Begyndelsen en stor Mængde Peritonæalvædske i Forbindingen; men dette Udflod formindskedes snart.

På 3dje Dag blev Udflodet ildelugtende, og ved Udsprøjtning fjærnedes en Partikel stinkende Exsudat. Næste Dag fjærnedes og rensedes Dränet, hvorefter Stanken ophørte.

Clysmata nutrientia. På 5te Dag gaves henved 60 Gm Kreosotvand per os. 8de Dag tiltog Udflodet fra Såret. Vand blev derfor givet per os, medens Dränet iagttoges; omtrent 4 Sekunder efter at Vædsken var sunken, kom der Luftbobler gennem Såret. Vandtilførselen seponeredes; men galdefarvet Slim sivede ud fra Åbningen og fjærnedes gennem et Gummidrän.

10de Dag højresidig parotitis. Tp. henved 40°; næste Dag venstresidig parotitis. Stärk Prostration. P. 140.

På 11te Dag tålte hun ikke clysmata nutrientia. Mælk per os flød i næsten uforandret Mængde ud gennem Såret.

En *Gastrostomi* anlagdes 2 Tommer fra pylorus. Et Kateter Nr. 10 førtes 10" ind gennem Fistlen, og Føde tilførtes gennem dette.

14de Dag Krepitation ved venstre basis, fötid Diarré, septikämisk Feber. Senere Pnevmoni i den anden nederste Lap. Under Kloroform undersøgte Ventriklen nøjere; den fandtes timeglasformig. Punkterer i Omfanget negative.

Næste Dag ilde Smag, Opkastning af lidt fötid pus, fötid Udflod af Dränet. Bedring.

21de Dag fremkaldte Ernæringen gennem duodenum Kvalme. Fistlen lukkedes ved Operation. Føde per os.

Et Pusfoeus mellem Lever og Mave påvist med Sonde og udsprøjtedes med Borvand. Död 31te Dag.

*Sektionen* viste: Ingen peritonitis. Mave fast adhærent til Bugvæggen og Leveren. Abscesser mellem Lever og Mave. I alt 3 ulcera i Mave.

## 10. H. KRIEGE.

(Berliner klin. Wochenschr. Dec. 1892.)

41-årig Mand. I 20 År mavelidende. 4 Gange Hæmatemese. Nogle Dage før Perforationen Smerte i venstre Skulder. Vågnede Kl. 2 om Natten (d.  $19\frac{1}{5}$  92) med Smerte i Underlivet, navnlig i Maveegnen. Kl. 4 kom Lågen. Tp. normal. P. 82. Resp. ikke påskyndet. *Udseendet ikke kollaberet. Abdomen ikke opdrevet, blødt. Epigastriet ømt for Tryk.* Levermethed normal. Ingen Brækning. Injekt. morph., hvorefter Kollaps af 5 Minutters Varighed.

Kl. 10 Fm. er Pat. næsten smertefri. Ingen Tegn på peritonitis. Ismælk, hver halve Time 2 Spiseskefulde.

Kl. 12 stærkere Smerter. Tp. normal. Underlivet bræthårdt, indtrukket. Leverdæmpningen svunden. Inj. morph. Diæt. absoluta.

Kl.  $6\frac{1}{2}$  Operation, der varede  $2\frac{1}{2}$  Time.

Incision fra proc. ensif. til umbilicus i Midtlinien. Ved Åbning af peritonæum Luftudstrømning. Mellem Tarmene til venstre slimet, frugget Maveindhold. *Peritonæum næppe mere end normalt injiceret.* Hjalpesnit til højre for at undersøge Pyloruseggen. Bagfladen undersøgtes dernæst efter Indrids i lig. gastro-hepaticum. Hjalpesnit til venstre. Endelig fandtes højt oppe, 3 Cm. fra cardia, mere henimod fundus end mod den lille Kurvatur, en årtstor Perforation, ud af hvilken lidt flydende Indhold sivede.

*Suturering* vanskelig på Grund af, at Perforationen lå så højt oppe. De første Sutures skar igennem. Endelig holdt nogle Silkesutures; over disse lagdes Etagesutures.

Blod og Maveindhold opsuges med aseptisk Gaze. Bugsåret lukkes. Jodoformgaze indlægges til Drænage.

Tp. holdt sig normal. Ingen Kollaps. Ernærende clysmata gaves som eneste Føde i 12 Dage. (Inanitionsdelirier.)

36 Dage efter Perforationen konstateredes venstresidigt føtid Empyem. Resectio costæ. Helbredelse.

## 11. HEUSNER (meddelt af KRIEGE).

(Berliner klin. Wochenschr. Dec. 1892.)

21-årig Tjänestepige, der 4 Uger før havde haft Hæmatemese. Dagen før Perforationen hæftige Smerter efter en Tallerken Suppe, arbejdede dog hele Eftermiddagen.

Kl. 12 om Natten optrådte hæftige Smerter i Underlivet. Den næstfølgende Dag på Hospitalet. Stærk Meteorisme. Underlivet ømt, høj Feber.

*Operation* 57 Timer efter Perforationen, af  $1\frac{1}{2}$  Times Varighed. Mediansnit fra proc. ensiformis til en Håndsbredde over Symfyen. Rigelige fibrinøse Belægninger og Sammenklæbninger mellem Tarmene. Meteorismen så stærk, at Tarmen punkteres på 5 Steder. Også Maven punkteres på Grund af Luftudspiling. Alle Punkturenbninger lukkes

med Silkesuturer. *Forreste Mavevæg sammenklæbet med Leveren. Efter Løsning af Adhærensene trænger rigelig ukklar, fnugget Vædske frem fra venstre.* Ved Tryk på fundus trænger galdefarvet Maveindhold frem fra oven.

Tværsnit til venstre. En *Perforation* opdages i *Nærheden af cardia*. Omtr.  $\frac{1}{4}$  Liter Maveindhold vælter frem. Efter Fremtrækning af Maven lykkes det at lukke Perforationen med 3 Suturer; derover 5 Étagesuturer.

Bughulen renses med fugtig Sublimatgaze.

Et Pusfoens i Bækkenet udtømmes.

Fuldständig Tillukning af Bugsåret. Efter Operationen Kollaps, ingen Brækning.

De følgende Dage bedre Befindende, men høj Feber.

7 Dage senere trængte fakulent pus frem gennem Bugsåret. Drän indlagdes. Död 10de Dag.

*Sektionen viste Inkarceration af en Tyndtarmsslynge gennem en Rift i omentum majus. Suturerne på Maveperforationerne udrevne. En Perforation i duodenum.*

## 12. WILLIAM S. HASLAM.

(British med. journal 11te Nov. 1893.)

En 17-årig Pige indkom d.  $2\frac{1}{2}$  93. Hun havde i 3 Uger lidt af Opkastning efter Måltiderne, ingen Hæmatemese. Dagen før og selve Dagen før Perforationen opkastede hun kaffegruuslignende Masser.

Kl. 2 Em., medens hun vaskede Tøj i et Kar, blev hun pludselig ramt af voldsom Smerte i cardia, næsten strax efterfulgt af Smerte i nederste Del af abdomen og under venstre mamma. Smerten var så intens, at hun vred sig under den. Tryk på abdomen forøgede Smerten. Hun kollaberede hurtigt og bragtes på Hospitalet Kl.  $3\frac{1}{2}$ ,  $1\frac{1}{2}$  Time efter Perforationen.

Ved Indlæggelsen var hun bleg og kollaberet, Ausigtet svedende, ikke typisk abdominalt. Bugmusklerne rigide. *Smerte* var tilstede over hele abdomen, *stærkest under venstre mamma*. Hun kastede adskillige Gange op. De opkastede Masser indeholdt Blod, Slim og Stivelsekorn. Pulsen god, 90—100. Tp. subnormal.

Kl.  $5\frac{1}{2}$  ( $3\frac{1}{2}$  Time efter Perforationen) *åbnedes abdomen ovenfor umbilicus til venstre for Midtlinien.*

Peritonæalhulen indeholdt Luft og nogen ukklar Vædske. Ventriklen sås, og efter nogen Sögen fandtes en *Perforation* på dens Forflade nær *curvatura minor* og *tæt ved ostium cardiæ*. Perforationen kunde næsten optage Spidsen af en Lillefinger, var omgivet af en indureret Masse af  $1\frac{1}{2}$  Tommes Diameter.

Ventriklen bragtes så nær Overfladen som muligt, og fine Suturer førtes gennem peritonæum i Nærheden af Perforationen; disse holdt ikke, og sluttelig førtes 3 stærke Silkesuturer gennem serosa og muscularis udenfor Indurationen, og Mavevæggen på bægge Sider af denne blev trukket sammen, så at den lukkede Perforationen.

Peritonæalhulen, der syntes tilsmudset overalt af Maveindhold, blev udskyllet så grundigt, som Patientens Tilstand tillod, Bugsåret lukket og et Glasdræn indført mellem Lever og Mave.

Tilstanden forværedes efter Operationen, og hun døde 44 Timer efter dens Udførelse.

*Sektionen* viste generel suppurativ peritonitis. Perforationen var fuldstændig lukket.

### 13. T. H. MORSE.

(British medical journal 17, 94)

En 20-årig Dame, der havde haft Symptomer på Mavesår, blev pludselig greben af Smerte, efterfulgt af Afkræftelse og Opkastninger. Smerterne, der vare af brændende Karakter, begyndte over Maveegnen og bredte sig gradvis over hele abdomen.

Laparotomi omtrent 5 Timer senere.

Maveindhold fandtes i eavum peritonæi. Ventriklen blev trukket frem og *Perforation funden på Forfladen tæt ved cardia.*

Ventriklen skylledes ud, og Perforationen lukkedes med LEMBERTS Suturer.

Ventriklen førtes tilbage, Bughulen skylledes ud med Vand, og Bugsåret lukkedes. Ingen Føde per os i 60 Timer, og efter 3 Ugers Forløb var Pat. fuldstændig rask.

### 14. HERBERT W. PAGE (Cambridge).

(The Lancet 1894.)

En Pige på 16 År blev indlagt på St. Marys Hospital om Eftermiddagen d. 21de Oktbr. 1893. Hun var nogle få Minutter før pludselig bleven greben af *hæftig Smerte i venstre hypochondrium.* Indtil dette Øjeblik havde hun ingen Idé om, at den Smerte, hun havde lidt af i 3 Måneder efter Måltiderne, skyldtes noget mere alvorligt end Indigestion. Hun gav en noget usikker Beretning om, at hun en Gang havde kastet Blod op; men hun havde ikke været under Lægebehandling. Hun blev afmægtig i det Øjeblik, Smerterne indtraf, men kom snart til sig selv, og en tilfældig tilstedeværende Læge lagde hende strax ind på Hospitalet.

Da hun kom her ind, var hun uden Smerter eller andre Tegn på svær Sygdom, og det eneste mærkbare var hendes extreme Anæmi. Den følgende Morgen var hendes abdomen udspændt og Tp. knap 38°, Kl. 1 Em. var den steget til omtr. 39°, og Pulsens var bleven mere frekvent; men hun havde ikke nogen stor Smerte.

Bugvæggens Bevægelser vare ophørte, der var Æmhed under Ribbenene på venstre Side, tympanitisk Perkussionstone både her og i Epigastriet. Man sluttede, at der forelå Perforation af Ventriklen.

Kl. 3 Em. foretoges *Incision* på 3 Tommer, 2 Tommer til venstre for Midtlinien på det Punkt, hvor hun havde følt Smerten, og hvor der nu var størst Æmhed.

Luft undveg strax og fra Nærheden af Ventriklen store Mængder tynd, grøn, surt lugtende Vædske. Det var indlysende, at denne Vædske var begrænset til Epigastriet og regio hypochondriaca; men hvis der var Adhæsioner, vare de så fine, at de sønderreves ved den mindste Berøring, og det var nødvendigt at beskytte den almindelige Peritonæalhule ved Indlæggelse af Svampe.

Exploration med Fingeren førte snart til Opdagelse af Åbningen i Mave på et Punkt af forreste Væg tæt ved curvatura minor og ikke mere end  $2\frac{1}{2}$  til 3 Tommer fra cardia.

Den var næsten udenfor Rækkevidde, og det var nødvendigt at forlænge Incisionen både opad og nedad, opad indtil Ribbenene. Selv da var Perforationen næsten utilgængelig, og Traktion i Ventriklen havde kun ringe Indflydelse til at bringe den nærmere. Noget som at afklippe Randene eller trække Såret op til Bugvæggen var der ikke Tale om. Under disse forskellige Manøvrer vedblev den grønne Vædske at flyde i en næsten endeløs Strøm og voldte megen Besvær. Endelig standsede den, og med en krum Nål i en lang Holder førtes da en enkelt Sutur gennem Randene af Hullet, så at det nogenlunde lukkedes, og derefter lagdes en Række af 6 LEMBERTS Suture for at sammenfolde denne Del af Mavevæggen og bringe Peritonæalfaderne i Berøring. Dette var en overordentlig vanskelig Sag, ikke blot på Grund af Afstanden til Hullet, men også på Grund af den tykke og inflammerede Mavevægs Tendens til at udfolde sig, hvorved nogle af Suturene strax skar igennem.

Arbejdet blev dog sluttelig gjort, men ikke uden stor Mistillid til Sutureernes Stabilitet.

Peritonæum blev derpå rensed og svampet af og Såret lukket på sædvanlig Vis.

Pigen havde tålt Operationen godt og var fuldstændig varm, da hun forlod Bordet. Nogle få Timer derefter var hun afgjort bedre; men omtrent ved Midnat begyndte hun at blive dårlig, opkastede den samme Slags Vædske, som var set ved Operationen, og havde forøget Smerte. Hun døde 14 Timer senere. — PAGE følte ringe Tvivl om, at Suturene havde givet efter, og at Vædsken igen var trådt ud i Bughulen.

*Sektionen* oplyser: stærk Anæmi. Ved Åbning af abdomen og Opløftning af venstre Leverlap ses en Række Suture på forreste Ventrikelvæg tæt ved cardia, langt tilbage, dækket af Leveren og højt oppe bag Ribbensranden. Skönt Perforationen syntes lukket af Suturene, var der nogen grønlig Vædske mellem Mave og Leveren, og det almindelige Indtryk var, at Lækage var indtrådt. Ulecerationen målte 1 Tomme og  $\frac{1}{2}$  Tomme, Perforationen var halv så stor. Bunden af Såret var tynd og svag, medens Vævet i Mavevæggen omkring Ulecerationen var fortykket, stift og meget skørt.

Der var kun peritonitis omkring den øverste Del af Mave.



## 15. W. J. MAURICE.

(The Lancet  $\frac{2}{6}$  94.)

En 23-årig Kvinde blev d. 25de Februar 1894 Kl. 7 Em. ramt af pludselig og voldsom Underlivssmerte og Kollaps. Følgende Morgen blev hun sendt til Hospitalet under Diagnosen perforatio ventriculi.

Ved Middagstid havde hun furet Tunge, lille Puls (120), ångsteligt Udtryk, ndspændt Underliv, særligt nedadtil. Æmhed overalt på abdomen og Tarmtone. Rigide recti. Benene optrukne.

Hun var ikke anæmisk, i god Ernæringstilstand. Hun havde tidligere nydt god Helbred, men havde stundom haft lidt Indigestion.

Kl. 1 Em. gjordes under Kloroformnarkose en 4" Incision i Midtlinien lige under umbilicus. Dette Sted valgtes, fordi Underlivet her var mest udspændt og Diagnosen lidt usikker.

Ingen generel peritonitis; men en Svamp, der førtes ned i fossa Douglasii, kom op dækket af Exsudat.

Da proc. veruiformis, tubæ og Ovarier fandtes normale, forlængedes Incisionen opad til midt imellem Navlen og proc. ensiformis. Luft og Vædske flød da ud fra den øverste Sårvinkel. Incisionen forlængedes derpå til Kostalranden med nogen Bøjning til venstre for at undgå et Stykke adhærent colon.

En Perforation blev nu funden ved den lille Kurvatur nær ved cardia, omgivet af et Parti stærkt fortykket Mavevæg.

En Sutur blev ført gennem serosa og muscularis på hver Side af Perforationen: men den skar igennem, og det fortykkede Parti var så udbredt og rigid, at det øjensynligt var umuligt enten at excidere ulcus eller suturere Perforationen. Det var også ganske umuligt at bringe den angrebne Del af Ventriklen i Kontakt med Bugvæggen. Den fri forreste Mavevæg blev derfor med en Silkesutur på hver Side knyttet til øverste Del af Bugsåret.

Den almindelige Peritonæalbule blev således overraskende godt afsluttet fra den afsondrede Del foroven, i hvilken Perforationen førte ind.

Den nederste Del af Incisionen blev da lukket efter ombyggelig Udvaskning og Opsvampning. Et Glasdræn lagdes i fossa Douglasii. De øverste 2 Tommer lodes åbne, og et stort Dræn førtes ind i Maven. Afstanden mellem Perforationen og Bugvæggen var 3 Tommer.

Forbindingen blev således ordnet, at øverste og nederste Del af Bugsåret så vidt muligt holdtes sondrede.

Operationen varede omtrent 1 Time.

Pat. rettede sig godt. Om Natten Morfin for Smerter.

På 4de Dag fjærnedes Glasdrænet, da det var ganske tørt.

På 5te Dag syntes hun temmelig svag. Ingen Opkastning til nogen Tid, ingen Æmhed eller Udspring af abdomen, og Bugmusklerne fungerede godt. Den højeste Tp. var henved 38° Natten efter Operationen.

P. faldt fra 120 til 104. Hun fik al Føde per rectum.

På 6te Dag blev hun afgjort svagere.

7de Dag Kl. 3 Morgen fik hun et Smerteanfald, det første siden Operationen, hvorfor Morfininjektion. P. blev blødere og hurtigere, og hun døde 8de Dag Kl. 3 Em.

*Sektionen* viste lidt Suppuration omkring nogle af Suturene, en ringe Mængde overfladisk pus under Bugsåret og en Plet med Exsudat af  $\frac{1}{2}$ -Krones (= dansk 2-Krones) Størrelse mellem diaphragma og Milten, i øvrigt intet. Bækkenet var fuldstændig tørt og sundt. Maven var sikkert fæstet til Bugvæggen. Alle Organer syntes normale.

## 16. PAUL SWAIN.

(The Lancet  $\frac{1}{2}$  94.)

En 26-årig Kvinde havde i 18 Måneder lidt af Indigestion. Af og til Opkastninger, aldrig Hæmatemese. Udtalt Smerte efter Måltiderne. De sidste 14 Dage havde hun været betydeligt dårligere.

Sidste Fredag havde hun spist et stærkt Måltid med tillavede Roer. Om Lördagen Kl. 4 Em. blev hun angreben af pludselig hæftig Smerte, ikke bestemt lokaliseret, men særlig henført til Brystet.

Hun fik Morfin og førtes næste Dag til Hospitalet.

Her var Ansigtet blegt, fortrukket og angsteligt. P. 150. Resp. 32. Tp. knap  $38^{\circ}$ . Hun var stærkt påvirket af Morfin.

Abdomen var ikke meget udspændt, men var meget ømt for Berøring. Reeti stærkt spændte. På højre Side klar Tone; men på venstre Side gav Perkussionen mat Tone fra cardia langs colon descendens. Der var intet særligt Sted mere smertefuldt end andre.

Kl.  $11\frac{1}{2}$  Fm. blev hun lagt på Operationsbordet på en Vandpude med varmt Vand. Stimulerende Injektion i rectum.

*Incision* i Midtlinien fra Spidsen af proc. ensiformis 4 Tommer nedad, senere forlænget til umbilicus.

Ved Åbning af peritonæum undveg megen Luft og en stor Mængde seropurulent, lugtløs Vædske med mange Fibrinfug.

Pylorusdelen af Ventriklen, som først lå for, var meget kongestioneret og dækket af Pletter af frisk Exsudat. Her fandtes intet Tegn på Perforation; derfor blev Omentet slået op og Bagfladen undersøgt, uden at Læsionen fandtes.

Under disse Manipulationer bemærkedes, at megen Vædske vældede frem fra venstre Side af abdomen, og da Cardiadelen ikke kunde ses, gjordes en *transversel Incision* udad til venstre Kostalrand. Dette satte Operatøren i Stand til at nå denne Ende af Ventriklen og opdage Perforationens Sæde.

*Åbningen til Maven sad nær cardia* og temmelig tæt ved Bagsiden. Den var omtrent af en Gåsefjers Størrelse og skarprandet. De omgivende Væv vare meget indurerede i en Cirkel af 2 Tommers Diameter. Beliggenheden gjorde det meget vanskeligt at lukke et Sår, dannet ved Exeision. Den udbredte Induration gjorde ethvert Forsøg på Inversion (Indkrængning) umuligt. Det var ligeledes umuligt at bringe den Del af Maven op til Bugsåret og fixere den.

*Excision* foretoges uden synderlig Blødning, undtagen fra et enkelt Punkt, som fattedes med Pineet. Det resulterende Sår var langt større end ventet. Årsagen hertil var uden Tvivl Retraktionen af det normale Ventrikelvæv, som efter Adskillelse fra den syge Del dannede et Sår på 6 Tommers Længde. Dette lukkedes, efter at Mavens smudsige Indhold var udskyllet, med LEMBERTS Suturer.

Vanskeligheden ved at lægge Suturerne ved cardia var meget stor på Grund af Sårets Dybde og Delenes Fixation. Denne Akt hindredes også meget af den overhængende Lever og Blødning, der stadig sivede frem under Leveren.

Endelig lukkedes Såret med 30 Suturer. Der var stor Vanskelighed ved at indkrænge den prominierende mneosa.

Hele Peritonæalkaviteten ndskylledes med varm Borsyreopiøsning. Den var meget tilsmudset, og særlig Opmærksomhed fordrede pelvis, navnlig For- og Bagsiden af uterus, som føltes dækket af frisk Exsudat.

Bugsåret lukkedes; et KEITHS Glasdræn indførtes mellem Lever og Mave.

Operationen varede næsten  $2\frac{1}{2}$  Time, og Pat. var ved Slutningen meget kollaberet.

En intravenøs Injektion af Saltvand hævede Pulsen.

Kl. 8 Em. befandt hun sig vel. P. 100. Tp. knap  $39^\circ$ , Ånde-råttet hurtigt, Huden varm.

Drænet blev suget ud. Omtr. 10 Gm ikorøs Vædske fjærnedes.

Om Natten kollaberede hun stærkt og døde ved Midnat.

Ved *Sektionen* 18 Timer efter Døden fandtes Bughulen ganske ren; dog var uterus og colon ascendens dækkede af Fibrinflug.

Der var intet Blod mellem Lever og Mave.

Såret i Maven viste sig vandtæt.

Det exciderede Stykke målte  $2\frac{3}{4}$  og 1 Tomme, Dybden af nleus  $\frac{1}{2}$  Tomme, den tykkeste Del af Indurationen lidt over 1 Tomme.

## 17. MICHAUX.

(La semaine médicale Nr 57, 1894.)

En 31-årig Jærnbearbejder følte pludseligt Kl. 2 om Natten, da han løftede en Skinne, en håftig Smerte i Epigastriet med Følelse af en indvendig Bristning.

En halv Time senere, da Smerterne vedvarede, slugte han et Glas Vin; herved bleve Smerterne i Epigastriet håftigere.

Kl. 5 om Morgenen fik han en enkelt Opkastning af galdefarvet Vædske, blandet med Vin.

Han bragtes strax på Hospitalet ( $23\frac{1}{9}$ , 93).

Ved Lægebesøget oplyser haus Tilstand, afset fra Smerterne, intet om alvorlige indre Læsioner. Ansigtet antyder kun Lidelse. Pulsen er fuld, 80. Tp. 38,2.

Smerten i Epigastriet er bestandig håftig. Bugvæggen er kontra-heret, hård, spændt, særligt svarende til øverste Bug af mm. recti.

Operation foretoges strax. *Incision* fra proc. xifoideus til umbilicus. Efter Incisionen af peritonæum udflyder en ringe Mængde vinøs Vædske og nogle alimentöse Partikler fra Aftensmaden.

Incisionen förstörredes. Leveren löftedes op af en Assistent, hvorved en lineär Perforation på 12 til 15 Mm. bemærkedes höjt oppe under diaphragma, tæt ved columna, på Forsiden af Ventriklens, *næppe 1 til 2 Cm. fra cardia.*

Denne Perforation lader ved hver Respirationsbevægelse ny Mængder Vædske udflyde, som löbe ned mod umbilicus foran omentum majus.

Afvaskning med kogt Vand. Nederste Del af abdomen beskyttes med aseptiske Svampe.

Forsög på direkte Sutur af Perforationens Rande mislykkes på Grund af Vævets Skörhed, i det Silketrådene skäre igennem Mavevæggen. Forsög på Excision af ulcus umuliggöres ved Sårets overordentlig dybe Beliggenhed.

Det bestemmes derfor at danne en Fold på forreste Ventrikelvæg foran Såret. Perforationen skjules i Bunden af denne Fold ved en dobbelt Række LEMBERTS Silkesuturer, i det den förste Række lægges udenfor Sårets Gränser, som man tydeligt kan föle, og som svarer i Störrelse til et 2 Francs Stykke.

En Jodoformmèche beskytter det suturerede Parti og förer Sekretet til nederste Del af Abdominalincisionen, der lades åben.

De följande Dage er Temperaturen god. Den syge ernäres ved clysmata nutritientia. 8de Dag fjärnes Mèchen, hvorved udflyder  $\frac{1}{2}$  Glas Vædske. Vædsken indeholdt ikke Klorider eller Syrer; den bestod af serum med talrige Leukocyter. Vædsken blev snart fuldständig purulent, og der dannedes en Fistel ved nederste Del af Incisionen.

Pat. afmagredes stærkt i Löbet af en Måned trods Mälk, Äg og Peptoner, begyndte derpå at blive fed i forbavsende Grad. Men Fistlen vedvarede i 5 Måneder, för man vovede at lukke den. Endelig den 5te Marts rensedes Fistlen og det subhepatiske focus, som var Udgangspunktet. En Måned efter var Pat. fuldständig helbredet.

Ovenstående kirurgiske Kasuistik giver Anledning til en Del Bemærkninger vedrörende Maveperforationens Diagnose og Behandling.

Först skal bemærkes, at så vel Kirurger som Medicinere stille Diagnosen perforatio ventriculi mindre hyppigt, end denne Komplikation i Virkeligheden forekommer. *Der er altså Anledning til at hävde Ventriklens (henholdsvis duodeni) Ret som Prädilektionsorgan for Perforationer.*

*Arvelig Disposition* synes at spille nogen Rolle i Ätiologien for ulcus ventriculi. Jeg har fundet Udtalelser i denne Retning hos kirurgiske Forfattere, og jeg kender fra min private Praxis bekräftende Tilfælde, hvor udtalte Ulcussymptomer forekomme hos flere Sökende eller hos Fader og Sön. I de

almindelige Lærebøger og i de kliniske Journaler tages der ikke Hensyn til dette Moment, rimeligvis fordi Ventrikellidelser ere så almindelige og Diagnosen *ulcus* til Dels subjektiv, så nogen videnskabelig Statistik næppe kan erholdes.

Når jeg fremdrager dette Moment her, er det, fordi man i enkelte Tilfælde turde vente et Støttepunkt for Diagnosen ved Efterforskning af mulig Disposition. Anamnesen ved perforatio ventriculi er jo ofte lidet positiv.

Ret interessante Tilfælde af *Lokaldiagnose af Perforationens Sæde* findes i nærværende Kasuistik.

I Sygehistorierne Nr 7, 8, 12 og 14 havde Smerten i Perforationsøjeblikket et ret begrænset Sæde i venstre hypochondrium, Epigastriet eller under venstre mamma, hvortil svarede Perforation på Forfladen eller i Cardiaegnen.

Smarter i højre hypochondrium, svarende til perforatio duodeni, er bemærket i Nr 2. En lignende Iagttagelse er gjort af LOCKWOOD.<sup>1)</sup>

I Nr 4 lokaliseredes Smerten til »tværs over Navlen». Her fandtes Perforation på Bagfladen af Ventriklen.

I øvrigt må bemærkes, at Smertens Sæde i mange Tilfælde langt fra er vejledende og tvært imod har ledet Tanken bort fra Ventrikel eller duodenum.

*Pneumoperitonæum* er naturligvis ved Incisionen påtruffet hyppigere, end det var diagnosticeret før denne, og relativt hyppigere end erkendt i de ikke opererede Tilfælde.

Efter W. EBSTEIN<sup>2)</sup> forekommer Luftudtrådning i peritonæum ved de allerfleste Perforationer på Intestinaltractus. De Undersøgelsesmetoder, man har forsøgt (ud over let Perkussion) for at konstatere Luftudtrådningen, forkastes af EBSTEIN som af mange andre Klinikere som muligt skadelige for Patienterne og skulle ikke her nærmere drøftes.

Sektionsresultatet i Kasuistik A (første Afsnit), hvor Pneumoperitonæum påvistes kun 5 Gange af 16, tyder på, at Luften også hurtigt kan resorberes.

*Den udtrådte Luft* angives at være lugtfri eller svagt surt lugtende ved Ventrikelperforationer.

*Den i peritonæum tilstedeværende Vædske* skal i Regelen være af sur Reaktion efter Maveperforation; dog angive flere

<sup>1)</sup> The Lancet 27de Okthr. 1894.

<sup>2)</sup> Klinisches und kritisches von der Perforationsperitonitis. Zeitschrift f. klin. Medicin Bd 9, 1885, S. 209.

Forfattere, at den hurtigt kan blive neutral ved Tilblanding af Peritonæalexsudat. Hertil må dog føjes (med Henblik på Sektionsresultaterne i Kasuistik A), at der i peritonæum kan findes galdeblandet og tyndtarm lignende og endog fækaloid Indhold, i det mindste noget henne i Forløbet af Perforations-tilfældene.

*Opsøgning af Perforationsstedet* kan være ret vanskelig, når der er rigeligt Exsudat på og omkring Ventriklens. Navnlig synes Undersøgelse af Kardiadelen forbunden med stor Vanskelighed i mange Tilfælde. Til Vejledning ved Undersøgelsen tjener Beliggenheden af det rigeligste Exsudat, eventuelt Maveindhold samt Strømmens Retning af udflydende Maveindhold, hvis Perforationen endnu er åben og Ventriklens fyldt. I nogle Tilfælde måtte allerede indgæede Adhærencer sønderrives for at finde Perforationen.

### Behandling.

*Tidspunktet for Operation* angives af Forfatterne at burde vælges så hurtigt som muligt efter Perforationen. Enkelte mene dog, at Perforationsskokets Forløb bør afvæntes.

Med Henblik til Kasuistik A skal jeg minde om, at der i en Del Tilfælde synes at være Lejlighed til Operation endnu flere Dage efter Katastrofens Indtrædelse.

*Kloroformnarkose* angives at tåles forbavsende godt, selv i de Tilfælde, hvor Operationen har varet 1—2½ Timer.

*Incisionen* lægges i Almindelighed i Midtlinjen mellem *proc. xiphoideus* og *umbilicus*. Ofte behøves transverselle Hjælpesnit for at få Plads til at nå Perforationsstedet.

En Del Operatører (der have haft med Kardiaperforationer at gøre) råde til at incidere et Stykke til venstre for Midtlinjen for at have lettere Adgang til Kardiadelen, der er lidet mobil og sjældent kan trækkes frem til eller gennem Operationssåret.

Lockwood (anf. St.) råder til at incidere lidt til venstre for Midtlinjen for at undgå lig. falciforme og at føre en stærk Silketråd gennem alle Lag af Såråberne for at retrahere disse og skaffe Adgang til Perforationen.

Efter at det *tilstedeværende Exsudat er fjærnet*, beskyttes den ikke inficerede Del af peritonæum med aseptiske Svampe, og Ventriklens trækkes om muligt frem gennem Incisionssåret til

*Behandling af Perforationsstedet.* Vi stå nu overfor den vigtigste Akt af Operationen. Den ovenfor nævnte topografiske Inddeling af Perforationerne i 4 Grupper har stor praktisk Betydning med Hensyn til den operative Behandling, i det dels de patologiske Forhold, dels Adgangen til Perforationen er forskellig i de 4 Grupper.

Med Hensyn til *de patologiske Forhold* kan man stille Gruppe *a* (duodenum og Pylorusdelen) mod de tre andre Grupper, i det Perforationerne i den førstnævnte ere omgivne af en lidet omfattende Induration eller tilsyneladende normalt Væv, medens Perforationerne på selve corpus ventriculi altid synes omgivne af en Krans af indtil flere Tommers Diameter af indureret, stift og mørt Væv af  $\frac{1}{2}$ —1 Tommes Tykkelse.

*Den operative Adgang* til Perforationerne er forskellig i de 4 Grupper, synes i de 3 første relativ let i Modsætning til den 4de. Denne er i nærværende Kasuistik bleven uforholdsmæssig stærkt repræsenteret, hvorfor de operative Vanskeligheder ere mere fremtrædende, end de antagelig ville vise sig i et fyldigere og mere alsidigt Materiale, når et sådant en Gang i Fremtiden foreligger.

#### Gruppe *a*.

Perforationsbehandlingen i denne Gruppe angives af nogle Operatører (GODLEE, LOCKWOOD) udtrykkelig som let og ses ikke i noget Tilfælde at have voldt særlige Vanskeligheder.

Behandlingen har bestået i *Excision med Sax* (2 Tilfælde) og påfølgende LEBERTS Sutur eller *Sutur uden Excision* (1 Tilfælde).

GOULD støttede Suturstedet yderligere ved at fæste en Omentallap på det. Ved Excision må man agte på nøjagtig Hæmostase, da senere Hæmorrhagi kan kompromitere Resultatet.

#### Gruppe *β*.

Adgang til Perforationsstedet i denne Gruppe skaffes (som ovenfor anført) vist nok bedst gennem lig. gastro-colicum, hvorefter Ventriklen vendes opad og Perforationsstedet trækkes frem.

I BENNETS Tilfælde fandtes en lille Perforation omgivet af en bruskagtig Induration af omtr. 2 Tommers Diameter. Her anvendtes Etagesuturer: først lukkedes Perforationen ved Su-



turer, der fattede hele Tykkelsen af Mavevæggen undtagen mucosa; dernæst sutureredes Peritonæalflanderne på bægge Sider af Perforationen med 6 LEBERTS Suturer. Sutureringen var vanskelig på Grund af Mavevæggenes Mørhed i det indurerede Parti, og Trådene måtte knyttes langsomt. En 3dje Række afspændende Suturer lagdes udenfor Indurationen i sundt Væv, således at Trådene forløb parallelt med Ventriklens lange Axe.

#### Gruppe $\gamma$ .

Perforationerne på Forfladen ere de letteste at påvise. På Sektionsbordet ses de ofte at ligge lige for, når Bugvæggen er incideret.

Den operative Adgang til dem er vel ikke altid lige let, i det de store individuelle Forskelligheder i Vinklen mellem Ribbenskurvaturerne samt Ventriklens Dilatationsgrad og Leje kunne betinge friere eller mere indskrænkede Pladsforhold under Operationen.

Grænsen mellem denne og de to Nabogrupper, særligt Kardiaperforationerne, er naturligvis ikke skarp.

Forskellige Forsøg på Behandling af Perforationen foreligge her.

I et Tilfælde *fixeredes Ventriklens til Bugvæggen og ulcus til Incisionen i Bugvæggen*. Det lykkedes således at hæve Kommunikationen mellem *cavum ventriculi* og *cavum peritonæi*. Ved Sektionen 6 Uger senere fandtes peritonæums Tilstand tilfredsstillende. — I et Tilfælde lukkedes Perforationen ved *to Silkesuturer retrinklet på hinanden*. LEBERTS Suturer opgaves på Grund af Kollaps. Undersøgelse om Suturenes Sufficiens foreligger ikke. — I et Tilfælde *lukkedes først Perforationen ved Suturer gennem alle Lag af Ventriklens*. Derefter blev den *omgivende Induration krænget ind og Peritonæalflanderne holdte i Kontakt* ved 7 LEBERTS Suturer. Lukningen viste sig ved senere Vandprøve sufficient.

Endelig udførtes i et Tilfælde *partiell Excision af Indurationen, hvorefter lagdes 10 Silkwormsuturer gennem alle Lag af det indurerede Væv*. Lukning strax sufficient. En Abscess udtømte sig gennem Tarmen.

#### Gruppe $\delta$ .

Kardiaperforationerne ligge ofte højt oppe bag Brystvæggen og synes altid vanskeligt tilgængelige for operative Indgreb.

Hertil kommer, at denne Del af Ventriken ikke lader sig dislocere nedad. Operatørernes Opfindsomhed og Tålmodighed er sat på en hård Prøve ved Behandlingen af disse Perforationer.

Professor W. PAGE erklærer, at man må indrømme, at der gives Perforationer, som ikke lade sig lukke ved kirurgisk Indgreb, og andre Operatører have ved Behandlingen af utilgængelige Perforationer strax opgivet den direkte Lukning og nøjedes med at fæste Ventriken til Bugvæggen for indirekte at aflukke Perforationen fra den store Peritonæalkavitæt.

*Simpel Suttur* (4 Silkesuturer) anvendtes i et Tilfælde (Sygehist. 9) og viste sig insufficient.

*Lemberts Suturer* anvendtes i et Tilfælde (Sygehist. 13) med heldigt Resultat. Nærmere Beskrivelse af Suttureringen (om i Etager) findes ikke.

*Etagesuturer* anvendtes i 4 Tilfælde (Sygehist. 10, 11, 12, 14) og viste sig i de 2 Tilfælde sufficient (10 og 12); i det første af disse kom der dog føtid Empyem efter Operationen. I et Tilfælde (11) sprængtes Suturerne 7 Dage efter Operationen under Ileustilfælde, og i et Tilfælde (14) vare de strax insufficiente.

Anlæggelsen af disse Suturer er meget besværlig, da Trådene skulle føres gennem sundt Væv på bægge Sider af Indurationen. Perforationen begravnes sammen med den omgivende Induration (HASLAM). Til Sutturmateriale anvendes altid et ikke resorberbart Stof, da Sammenklæbningen af de inflammerede Peritonæalflader er vanskeligere end af sunde.

*Sutturering opgaves som umulig* i 3 Tilfælde (15, 16, 17). I et af disse (16) foretoges en stor Resektion af det indurerede Parti af Ventriken. Der anlagdes 30 Suturer, som viste sig at lukke vandtæt ved Sektionen; men Operationen var yderst vanskelig og varede  $2\frac{1}{2}$  Timer.

I 2 Tilfælde (15 og 17) aflukkedes Perforationen tillige med de nærmest omgivende Dele fra den øvrige Peritonæalhule ved Tilhæftning af Ventriken til Bugvæggen eller Folddannelse i Ventrikelvæggen. Begrænsning af Peritoniten opnåedes i bægge Tilfælde og i det ene (17) Helbredelse.

### Peritonitens Behandling

skal ikke her gøres til Genstand for indgående Betragtninger. På Videnskabens nuværende primitive Standpunkt gøres subjektive Anskuelser angående formålstjænlig Behandling af peritonitis ofte gældende, og de foreliggende kliniske data ere næppe bragte Forståelsen nærmere ved den moderne Experimentalpatologi.

Som anført er man nu enig om, at stærkere antiseptica ere skadelige.

Til *Rensning af peritonæum* anvende Englænderne som oftest grundige Udskylninger af hele cavum peritonæi med indifferente varme Væsker (der skulle modvirke Kollapsen), og i de uheldigt forløbne Tilfælde bebrejdede de sig ikke at have skyldet tilstrækkeligt.

Flere tyske Forfattere (MIKULICZ, KOERTE, KRIEGE) fraråde ganske Udskylning og tilråde i Steden tør Aftørring med steril Gaze.

*Dränage* af cavum peritonæi anvendtes i 9 af 16 i denne Henseende oplyste Tilfælde (i Sygehist. 3 mangler Oplysning). Af disse helbredtes 3 (Nr 8, 10 og 17); i det første af disse fjærnedes Dränet Dagen efter Operationen, og en intraabdominel Absces udtömtes gennem Tarmen. I de 2 andre anvendtes Jodoformmêche til Dränage.

*Uden Dränage* behandlede 7 Tilfælde. Af disse helbredtes 3 (Nr 1, 4 og 13).

Ved *Bugsårets Lukning* anbefaler MIKULICZ først at forene Peritonæalrandene ved en fortløbende Sutur, pudre med Jodoform og da først forene Bugsåret. Den primære Heling af Bugsåret bliver nemlig ellers let hindret ved Infektion.

Operatörerne synes alle at have *ernäret* deres Patienter per rectum i kortere eller længere Tid. I KRIEGES Tilfælde anvendtes clysmata nutrientia i 12 Dage, hvoraf Fölgen blev Inanitionsdelirier.

### Slutningsbemærkninger.

Når vi sammenligne den her fremlagte medicinske og kirurgiske Kasuistik for om muligt at drage Slutninger angående Valget af Behandlingen i Fremtiden, kan det synes van-

skeligt at bestemme sig eller at forsøge at tilvejebringe nogen Kombination, der forener Fordelene ved hver især.

Ingen af de to Rækker egner sig til statistisk Grundlag for en Sammenligning af Resultaterne.

De to Metoder stå i Öjeblikket som fuldt ud »konkurrerende»; der synes ingen Middelvej mellem hands off-Terapien og de store og langvarige kirurgiske Indgreb. Dog er det formentlig ikke ganske örkeslöst at fremføre visse Synspunkter og forsøge at opstille Fragmenter af Indikationer — alt sigtende til at bringe bedre Resultater for Fremtiden.

Nogen Forbedring i den medicinske Terapi ud over, hvad der kunde opnåes ved en sikrere Diagnostik, er jeg ikke i Stand til at angive.

Resultaterne af medicinsk Behandling, som de foreligge i nærværende Kasuistik, forekomme mig meget respektable; men for at de kunne nåes, fordres (som tidligere nævnt) et stort og sikkert virkende Apparat.

De her meddelte kirurgiske Tilfælde synes nærmest som en Række *förste Forsög*, og man tör formentlig håbe på væsentlige Forbedringer i Fremtiden.

Målet, som for Tiden synes meget fjærnt, skulde være at gøre det kirurgiske Indgreb så fuldkomment, at det så vidt muligt kunde udføres uden Skade for Patienten.

Ved Iagttagelse af den syges Tilstand *strax* efter Perforationen er det ikke muligt at have nogen Mening om, hvor vidt han kan komme sig uden Operation.

Som det fremgår af Kasuistik A og C, er der i en Del Tilfælde Tid til nogle Dages Expekteren, og man kunde måske stille sig på det Standpunkt at iagttage Virkningen af indvortes Behandling, om Peritoniten synes at forblive cirkumskript, om Opkastninger udeblive og rationel Ernärning per os kan finde Sted, inden man bestemmer sig til Operation.

Andre ville antagelig holde på, at Operation skal foretages hurtigst muligt. I så Fald forekommer det mig rationelt at arbejde hen til, at det kirurgiske Indgreb bliver så lidet omfattende og så hurtigt tilendebragt som muligt.

*Hovedindikationen* for det operative Indgreb er *Lukning af Perforationen*. Denne kan vel ske ved Naturen i en Del Tilfælde, men udebliver i andre eller er utilstrækkelig.

I Kasuistik A fandtes Perforationen tilkläbet i 8 af 16 Tilfælde.

I nogle Tilfælde synes anatomiske Grunde at tale for, at alene Operation kan fuldbyrde tilstrækkelig Lukning, nemlig hvor Ventriklen er defigureret og Perforationen sidder i Bunden af en Snørefure eller på en uregelmæssig Prominens, så at der ikke er nogen omtrent plan, omgivende Flade, der kan adaptere sig til et Naboorgan.

Nu da det er fastslået, at Naturhelbredelse kan finde Sted, og det af nærværende Arbejde formentlig fremgår, at den under gunstige Omstændigheder ikke så sjældent finder Sted, forekommer det mig berettiget at slutte, at spontan Tillukning af Perforationen tør afvæntes eller respekteres (når den alt er påbegyndt) i en Del Tilfælde, der behandles operativt. Det operative Indgreb kan herved betydeligt reduceres og hurtigere tilendebringes, uden Tvivl til stor Gavn for Patientten.

Jeg skal her fremdrage et Par Tilfælde fra den kirurgiske Kasuistik, hvor *Adhærencer løsnedes for at finde Perforationen, som derefter med Besvær lukkedes med Suturer, der senere viste sig insufficiente.*

I Sygehist. 9 (HASTINGS GILFORD) hedder det: »Efter Løsning af nogle Adhærencer fandtes Såret i Nærheden af cardia nærmest Bagfladen og i Nr 11 (HEUSNER): »Efter Løsning af Adhærencer trængte rigelig uklar Vædske frem fra en Kardiperforation».

I disse Tilfælde havde Patientten måske stået sig ved, at Operationen var indskrænket til en simpel Incision med Udtømmelse af Exsudat og mulig Dränage.

Et særligt instruktivt Tilfælde til Bekræftelse af denne Tankegang er netop kommet mig for Öje.<sup>1)</sup>

En 25-årig Kvinde havde i 8 Måneder lidt af hyppig Kardialgi, navnlig efter Måltiderne, aldrig Hæmatemeser.

Den 12te Nov. 1893 følte hun efter Middagen en håftig Smerte i Epigastriet, som varede i 3 Timer; men om Natten følte en pludselig Smerte i venstre Side af Brystet, ledsaget af nogen Andenød og stærk Smerte ved dyb Inspiration. Ingen Opkastninger.

Den følgende Dag indlagdes hun på Hospitalet.

Facies abdominalt. P. 108, svag. Resp. 40. Tp. 38-39°.

<sup>1)</sup> A successful case of laparotomy for perforating gastric ulcer with subphreic pneumothorax. By WILLIAM EWART and WILLIAM H. BENNET, St. Georges Hosp. i The Lancet 17/11 1894.

Abdomen ömt, fremdrevet i Epigastriet, hvor Perkussions-tonen var klar. Normal abdominal Resp. Klar Perkussion på sternum til i Højde med 4de Ribbensbrusk, i 6½ Tommer Udstrækning mellem Papillerne. Levermæthed kunde ikke påvises længere til venstre end højre Papillærlinie. Hjärtespidser fölte i 4de Ikr. 3 Tommer fra Midtlinien. Bagpå tympanitisk Perkussion fra C<sub>9</sub> til C<sub>12</sub> på venstre Side. Tegn på Lungekompression.

Pat. modsatte sig Operation indtil d. 20de November, 8de Dag efter Perforationen.

Under Äternarkose *incideredes* i Midtlinien nedenfor proe-ensiformis. En cirkumskript Kavitet åbnedes, hvorfra udtømtes Luft og lidt svagt uklar, temmelig stinkende, sur Vædske. Kaviteten begrænsedes nedad af Leverens Overflade, til højre af lig. suspensorium hepatis. Til venstre begrænsedes den af Mave-ven, som her havde indgået Adhæsioner.

*Intet Forsøg gjordes på at søge en Åbning i Maren*, da den således var sammenklæbet med Naboorganerne. Kaviteten skylledes med varmt Vand, og et Glasdrän indførtes.

Helbredelse opnåedes til Udskrivningen d. 23de Januar, efter at en serös venstresidig plenritis var behandlet med Aspiration.

En Meddelelse i lignende Retning gjordes af BARWELL under Diskussionen efter MORSES Foredrag i Royal medical and surgical society<sup>1)</sup>:

Et Tilfælde af begrænset Absces i Maveegnen blev behandlet med Incision og Dränage. Abscessen skyldtes uden Tvivl Perforation af Mavesår, skönt Åbningen ind til Maven allerede var helet, da Operationen fandt Sted.

MICHAUX's ovenfor meddelte Tilfælde (kirurgisk Kasuistik Nr 17) viser ligeledes, at Perforation (ved cardia) kan lukke sig uden direkte kirurgisk Behandling.

Af de i Kasuistik C meddelte 7 ikke opererede, helbredte Tilfælde vare flere efter al Sandsynlighed *Kardiaperforationer*. Disse ere jo de allervanskeligste for direkte kirurgisk Behandling, så jeg tror, at man ved fremtidige Operationer med Fordel kan benytte den indvundne Erfaring angående disse Perforationers Tendens til Spontanhelning.

<sup>1)</sup> The Lancet <sup>17</sup>, 1894.

Under en Diskussion<sup>1)</sup> meddelte HOWARD BARETT et Tilfælde, hvor sandsynligvis en *perforatio duodeni* lukkede sig spontant:

En 35-årig Mand, der led af Dyspepsi, blev pludselig i Teatret greben af voldsom Smerte og Kollaps, ledsaget af Opkastning.

Laparotomi udførtes senere af Dr. GODLEE, og fåkalt lugtende Vædske udtømtes af *cavum peritonæi*. Dette dræneredes, og Pat. kom sig. Lægernes Mening var, at der forelå en Duodenalperforation. Før det akute Anfald havde Pat. ofte lidt af Smerter i højre hypochondrium. —

Her forekommer det mig af Interesse at mindes LIEBERMEISTERS Obs. (s. Indl.) af helbredet *perforatio pylori*, konstateret ved senere Avtopsi.

Det ligger nær at opstille en teoretisk Formodning om, at Perforationer ved Enderne af Ventriklens lange Axe, altså ved *cardia* og *pylorus*, have mest Tendens til Spontanhelning, da disse Punkter ere mindst udsatte for Lokomotion under Ventriklens fysiologiske Bevægelser. —

For at indskrænke Operationens Omfang til det nødvendige er Sikkerhed (eller vel snarere Dristighed) i Diagnosen et vigtigt Moment.

På et så vanskeligt Område som nærværende gøre subjektive, psykologiske Faktorer sig naturligvis ofte gældende. Det er således værd at lægge Mærke til, at Forvexling med *ileus* ret ofte har fundet Sted, men (i nærværende Kasuistik) som en eksklusiv *error chirurgicus*. Medicinerne have naturligvis andre Fejl (i Retning af tyfoid Feber eller Blyforgiftning).

Følgen af Kirurgernes Fejlsyn er, at Incisionen først lægges mellem *umbilicus* og *Symphysen*, hvorefter *genitalia*, *Ileo-coecaleggen* og *ileum* gennemsøges, inden man når til Ventriklens, — rimeligvis til Skade for Patienten.

End videre bør der lægges Vind på, at Prædilektionsstederne for Perforation på Ventriklens først undersøges, altså sidst af alt Bagfladen, og når en Perforation er funden, er det ikke berettiget at søge efter flere, da multiple Perforationer ere så sjældne, at de formentlig bør lades ude af Betragtning.

<sup>1)</sup> The Lancet 27/10 1894.



Muligvis er der kausal Forbindelse mellem de omfattende og langvarige kirurgiske Indgreb og *sekundär ileus*, som har været iagttaget i 2 Tilfælde af nærværende kirurgiske Kasuistik. I Sygehist. 1 døde Patienten 2 Måneder efter Perforationen af ileus (et peritonäalt Bånd) og i Sygehist. II indtraf Døden 10de Dag under Henssymptomer. Sektionen viste Inkarceration gennem en Rift i omentum majus.

Med Hensyn til *Ernæringsspørgsmålet* troer jeg, at den Betragtning, der ovenfor er gjort gældende (s. den medicinske Behandling) lader sig overføre på opererede Tilfælde.

Tidlig Ernæring per os vil rimeligvis være af stor Betydning også for de opererede Patienter.

Den Idé, at Mavens Funktion stilles i Bero og Organet forbliver tomt, når blot al Tilførsel per os afskæres, er illusorisk.

Blandt de her meddelte opererede Tilfælde findes flere, hvor Maven ved Operationen fandtes stærkt fyldt af en Vædske, der synes at måtte opfattes som regurgiteret Tarmindhold og Mavesekret.

Den bedste Måde at imødegå Mavens Fyldning synes at være Vedligeholdelse af dens normale Funktion som Transit- og Sekretionsorgan, men naturligvis på et Lavmål.

Pointen i den rationelle Ernæring per os er, at Tilførselen aldrig sker i fulde Mundfulde, så længe Perforationen ikke er lukket solid.

Efter hvad der er bekendt om den normale Deglutitionsproces,<sup>1)</sup> bliver bolus eller et tilsvarende Kvantum Vædske under første Akt med betydelig Kraft drevet ned til nederste Ende af æsophagus. Muligvis passerer det nedsunkne strax gennem cardia, i det mindste hos nogle Individuer, hos hvilke man ved Avskultation i Vinkelen mellem Kurvaturerne kan høre en egen (primær) Lyd, Gennemsprøjtningsslyd, 0,1 Sekund efter at bolus har passeret pharynx. I Regelen høres ved Avskultation kun en sekundær Lyd, »Gennempresningslyd», 6 til 7 Sekunder efter Deglutitionens Begyndelse, svarende til Forløbet af Pharynx- og Ösophagusperistaltiken. Ved denne anden Akt i Deglutitionen antages af nogle det nedsunkne, måske med Tilblanding af Luft, at drives ind i Ventrikklen. Efter EWALD og ZENKER skyldes den anden Lyd alene Luftindpresning i Maven.

<sup>1)</sup> Se C. A. EWALD: Klinik d. Verdauungskrankh. I, S. 59 ff. Berlin 1886.

Herefter er det forståeligt, at Patienter med Maveperforation, der udføre fuldstændig Deglutition eller endog *sluge* Vædske (som MICHAUX's Patient), herved drive Maveindhold og Luft ud gennem Perforationen.

Ved rationel Tilførsel, såsom Sugene på små Isstykker eller Indgift af Teskefulde med lange Mellemrum, reduceres rimeligvis de beskrevne Faser af Deglutitionen til et minimum, så at Vædsken nærmest siver langsomt ned.

Mere end teoretisk Ræsonnement veje naturligvis de kliniske Erfaringer i dette Punkt som i alle andre vedrørende Maveperforationens Behandling.





## Om reffbenskondrit. <sup>1)</sup>

Af

Professor **JOHN BERG**,  
Stockholm.

Under de senaste fem eller sex åren har jag upprepade gånger såväl å kliniken som i enskild praxis ståtts inför fall af ansvålningar eller fistlar i thoraxväggen beroende på sjukliga förändringar i reffbensbrosk, fall, där sjukdomsberättelsen väl i mångt och mycket växlat, men hvilka dock i allmänhet egt ett drag gemensamt — den förut använda behandlingens fruktlöshet. Ett närmare studium af dessa fall erbjöd för mig ett så mycket större intresse, som jag vid granskning af literaturen i ämnet fann denna endast med högst påtaglig knapphändighet beröra reffbenskondriten. Detta gäller först och främst de hos oss vanliga läro- och handböcker, äfven dem af färskaste dato såväl tyska som franska. I de flesta nämnes ej ett ord om brosken på tal om reffbensens patologi, i några meddelas helt kort, att tuberkulos och tyfus kan uppträda med förändringar äfven i broskdelarna af reffbenen. Men äfven arbeten, som specielt syssla med beusystemets sjukdomar (t. ex. WITZEL, KRAUSE, GANGOLPHE) äro ytterst fåordiga eller tiga alldeles i fråga om reffbensbroskens affektioner. Det enda allmänna öfversiktsarbete jag känner, som i detta hänseende gör ett undantag, är RIEDINGERS (deutsche Chirurgie, bd. 42, s. 220). Han lemmar på knapt en sida en klar skildring af den tuberkulösa kondritens viktigaste kliniska drag (delvis förtydligade af ett par synnerligen karakteristiska taflor), påpekar att processen i många fall

<sup>1)</sup> Delvis föredraget inför Nord. kirurg. förening vid dess möte i Kristiania den 11—13 juli 1895.

sluter sig till akuta infektionssjukdomar och betonar nödvändigheten af en grundlig behandling, enär stor benägenhet till recidivering af åkomman finnes, sannolikt beroende därpå, att brosket undergår flerehanda metaplastiska förändringar i vid utsträckning från den ursprungliga härden. Den enda monografiska uppsats i ämnet, som varit mig tillgänglig, är en af DITTRICH författad, intagen i den ESMARCHSka festskriften 1893 s. 247. Han afhandlar endast den tuberkulösa reftbenskondriten men lemnar med stöd af 16 fall från ESMARCHS klinik en ganska fyllig bild af denna sjukdoms patologi och terapi.

Af ett ytterst knapphändigt referat i Centralbl. f. Chirurgie 1891 känner jag, att HELFERICH vid tyska naturforskarmötet i Bremen 1890 höll ett föredrag om reftbensinflammation efter tyfus, men, så vidt jag kunnat finna, har detta föredrag ej sedan blifvit offentliggjordt. I diskussionen yttrade sig BERGMANN, som äfven sett flere dylika fall. Så väl RIEDINGER som DITTRICH lemnar slutligen några literaturanvisningar, till hvilka jag måste inskränka mig att hänvisa, då de citerade arbetena varit mig otillgängliga.

Den karghet, hvarmed literaturen affärdar dessa broskaffektioner, är så mycket mera påfallande, som enligt HELFERICHS, DITTRICH-ESMARCHS och MIN samstämmande erfarenhet de ingalunda äro sällsynta. Därtill kommer, att en närmare kännedom om reftbenskondritens natur, förlopp och behandling erbjuder stort intresse såväl i teoretiskt hänseende, såsom ett inlägg i den styfmoderligt behandlade broskväfnadens patologi, som i praktiskt, på grund af de diagnostiska svårigheter, sjukdomen erbjuder, och de speciela terapeutiska indikationer den kräfter. Det har altså synt mig berättigadt att lemna åt offentligheten de anspråkslösa resultaten af mina kliniska studier i detta ämne.

Under åren 1890—95 ha a Kgl. serafimerlasarettet vårdats 13 patienter med chondritis costarum. Därtill komma i min enskilda praktik 3. Genom lasarettsläkarne, doktorerna C. A. BERGHIS, G. EKEHORNS och G. NAUMANNS tillmötesgående godhet har materialet ökat med ytterligare 4 fall, hvadan i alt 20 fall kunnat läggas till grund för dessa studier. Därvid måste dock framhållas, att mina anteckningar om de tvänne första fallen ur enskild praktik äro så knapphändiga, att de ej i kasuistiken intagits.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Dessa båda fall rubriceras i det följande såsom n:r 19 och n:r 20.

Af de 20 patienterna voro 14 män och 6 kvinnor. Äfven DITTRICHs fall gälde i öfvervägande antal män (14:2). POTTER funn däremot åkomman oftare hos kvinnor, men han anför inga siffror och inga sjukdomsberättelser. Hvad patienternas ålder angår, så visar mina fall följande fördelning på decennier:

Års ålder . . . . .	10—20.	20—30.	30—40.	40—50.	50—60.
Antal patienter . . . . .	1	5	3	6	5

Sammanställas dessa tal med DITTRICHs, torde den öfverensstämmelsen böra framhållas, att den egentliga barnåldern synes skonad. Hans yngsta patient var 18, den yngste i min kasnistik var 13 år. Anmärkningsvärdt är väl ock den tämligen betydliga frekvensen efter 40 år. HELFERICH har, beträffande de på tyfus beroende kondriterna, framhållit åldersförändringar i brosken såsom sannolikt predisponerande för infektiöns lokalisering därstädes. Denna förmodan motsäges icke af mina fall, om vi taga hänsyn endast till de tyfösa. Af mina 20 patienter hade perikondriten hos 7 uppträdt under eller efter tyfus, och dessa 7 patienter visade en ålder af resp. 29, 38, 45, 50, 51, 58, 58 år.

**Etiologi.** Endast i ett enda af mina fall (nr 1) finnes ett bestämdt *trauma* anfördt som första orsak till perikondriten. Men detta fall är instruktift, enär det visar, huru hos en tuberkulöst belastad person ett begränsadt, kraftigt våld mot thoraxväggen vid tvänne vidt skilda tillfällen efterföljdes af alldeles analoga processer just i de af våldet träffade refbensbroskben. Den långa tid, som i allmänhet förflyter mellan travmat och uppträdandet af den tuberkulösa processens första tydliga förändringar, förklarar måhända, i fråga om den tuberkulösa perikondriten likasom vid den kirurgiska tuberkulosen i allmänhet, att travmats predisponerande betydelse ofta blir förbisedd. Äfven bland DITTRICHs fall funnos tre, där föregående travma med skäl kunde anses utgöra första orsak till sjukdomen. I två af dessa hade patienterna fått kraftiga stötar mot brosktrakten, vid det tredje handlade det om upprepade stötar af sabeln under ridt.

Den bestämmande orsaken till refbenskonndriten blir dock alltid *en infektion*, och den kan vara af mycket olika art. Det är väl sant, att med full visshet kan icke fallets natur i detta hänseende bestämmas utan med tillhjälp af bakteriologisk eller

patologisk anatomisk undersökning. Den först nämnda har ingen eller ringa betydelse i sådana fall, där patienten redan under lång tid gått med öppen fistel. Så har förhållandet varit i alla utom två af våra fall. I det ena af dessa försumrades den bakteriologiska undersökningen af varet, i det andra fans tyfusbacillen i renkultur. Mikroskopisk undersökning af de exstirperade brosken har hittills blott verkstälts i ett fall. Jag är således så godt som helt och hållet hänvisad till anamnes, kliniska fynd och de makroskopiska förändringarnas studium för bedömandet af dessa falls patogenes. Vid en dylik granskning af mina fall finna vi äfven bland dem representanter för ganska skilda uppkomstsätt.

1. *Tuberkulos* kan på goda grunder anses vara orsak till broskaffektionerna i 7 fall, 5 män 2 kvinnor, nr 1, 2, 11, 11, 17, 18 och 19. I ett af dessa 7 fall är kondriten patagligen uppkommen genom ett sekundärt öfvergripande på ett rebbensbrosk från en äldre benprocess i sternum, såsom den behandlande läkaren, dr EKEHÖRN, i bref till mig framhåller (nr 18). I alla de öfriga finna vi förändringarna i brosken alldeles isolerade ofta mest uttalade mot broskens mellersta delar. Den fragan framställer sig emellertid, huruvida icke stundom tuberkulosen kan vara direkt fortledd från plevran till perikondriet. Af ESMARCH-DITTRICH'S patienter voro 6 behäftade med uttalad lungtuberkulos. Af mina sju patienter företedde fyra mer och mindre tydliga tecken af lung- eller lungsäcksaffektioner; i ett af dessa äro de objektiva tecknen ej angifna (18); i de tre återstående (2, 11, 19) funnos otvetydiga tecken af tuberkulösa förändringar i lungspetsarna, utslutande eller åtminstone starkast utvecklade på broskaffektionens sida. Därtill kommer, att i två af dessa fall hade tydliga plevriter en viss tid föregått uppträdandet af kondritens första tecken. Något bestämdt bevis för ett mera direkt samband mellan lungsäcks- och rebbensbrosktuberkulosen lemna visserligen ej något af mina fall, måhända blott därför att tillfälle till närmare undersökning genom obduktion lyckligtvis ej gafs; men att vi stundom i plevral- och kostaltuberkulosens relativa förhållande har en motbild till synovialkapseln och epifysens är som bekant redan af andra framhållet med stöd af verkliga iakttagelser. Vår kasuistik lemna för öfrigt, som vi skola se, sannolikhetsbevis för, att infektioner äfven af annan art kanske ej sällan kunna sprida sig från lunga till perichondrium och tvärtom. Af stort intresse är, att den



tuberkulösa kondriten, att döma ej blott af mina fall utan ock af DITTRICHs, ofta uppträder som enda yttringen af tuberkulos hos ganska kraftiga individer, där egentligen endast de makro- och mikroskopiska förändringarna lemna beviset för processens tuberkulösa art. I fallet n:r 1 slutligen finnes visserligen multipel tuberkulos, men mannens allmänna tillstånd liksom de inre organens var godt, och de tuberkulösa processerna, caries sicca art. humero scapul., dubbelsidig epididymit och en inkapslad subkutan mjukdelsabscess i glutealtrakten, voro alla af utpreglad kronisk art och ringa intensitet.

2. *Tyfus* har i sju fall föregått utbrottet af kondriten (5, 6, 8, 9, 13, 15, 16) och efter allt att döma varit dess orsak. I ett fall (16) uppträdde kondriten, enligt underrättelse af dr NAUMANN, redan under feberstadiet. I fyra uppträdde de första tecknen af brosklidandet under 4—6 veckan efter insjuknandet i tyfus, ständigt under konvalescensen.<sup>1)</sup> Själftva nervfebern var i dessa fall lindrig utan komplikationer. I ett fall (5) insjuknade patienten i tyfus under september månad, fick efter några veckor svår tarmlödnig, frisknade sedan mycket långsamt, ansågs visserligen i slutet af november fri från sin tyfus men kunde ej lemna sängen förrän i midten af januari; först i slutet af sagda månad, altså mer än 4 månader efter insjuknandet, visade sig de första tecknen af kondrit. I det återstående fallet (13) var förloppet än mera långdraget, i det att nervfebern föregick kondriten 3 år, men under denna tid hade patienten efter hvart annat ytterst kroniskt förlöpande, begränsade suppurativa osteoperiostiter på båda tibiae och ena humerus, till hela sitt kliniska förlopp stämmande med de posttyfösa benaffektionerna. Såsom redan sagdt, har bakteriologisk undersökning gjorts endast i ett fall (8), där abscessen ännu ej öppnats, och den gaf som resultat renodling af tyfusbacillen. Huru många af våra fall som äro att anse som verkliga tyfusbacill-infektioner, huru många som äro följder af bland-infektion kunna vi altså ej afgöra.

3. *Syfilis* har i ett af mina fall (n:r 12) gifvit anledning till en sjukdomsbild, som är synnerligen väl egnad att visu svårigheten eller rättare sagdt omöjligheten af en rent klinisk differentialdiagnos mellan de olika slagen af perikondrit. Vi återkomma till detta fall vid talet om diagnosen och framhålla blott här det sedan länge kända förhållandet, att syfilis under

<sup>1)</sup> Detta stämmer äfven med BAUERS uppgift enl. ref. i Centr. Bl. f. Chir. 1895, n:r 34.

tertiärstadiet ej sällan sätter förändringar i bröstväggen, än tillhörande endast muskulaturen, än utgående från reffbenens periost eller perikondrium.

4. Att *septiska infektioner af olika slag* kunna gifva anledning till kostal-kondriter synas mig fallen 3, 4, 7 och 10 bevisa, eluru tyvärr icke bakteriologisk undersökning lemnat utslag, angående arten däraf. De erbjuda så mycket intresse, att ett närmare framhållande af deras kliniska hufvuddrag med hänsyn till de etiologiska vinkar, de äro egnade att skänka oss, synes mig berättigadt, så mycket mera, som litteraturen, så vidt jag sett, lemnat dessa reffbenskondritens uppkomstsätt obeaktade. Dessa 4 patienter hafva det gemensamt, att de icke förete några tecken af tuberkulos eller syfilis. *Fallet nr 4* visar oss en ung man, som insjuknar i en akut pnevmoni, efter 8 dagar uppträda symptomen af en suppurativ perikondrit, och då operation göres efter 3 veckor, finnes en abscess såväl framom som bakom det sjunde vänstra reffbensbrösket och en stor uppmjukningshärd i dess inre. Inom lungan voro redan alla förändringar försvunna. Detta fall synes ju kliniskt klart tala för en *pnevmokokkinfektion*. Mindre påtagligt är sammanhanget i *fallet nr 10*. En fört frisk man sjuknar under symptom af en akut pnevmoni, får under sin sjukdom en hållliknande smärta, som förlägges till ett noga begränsadt ställe i bröstorgsväggen; detta håll står envist och oförändradt kvar i  $1\frac{3}{4}$  år, och samtidigt med eller kort före insjuknandet i en tyfus märker han just på platsen för hållkänslan en hönsäggstor svullnad i bröstväggen; denna kvarstår och växer efter tillfrisknandet från tyfus under feber, med allt starkare håll och retsam hosta utan expektorat, till dess den efter nära 3 månader brister utåt; vid den grundliga operation, som 5 månader senare göres vid lasarettet, finnes en fistel leda in tvärt genom det 4:e vänstra reffbensbrösket *till en direkt på pleura och perikondrium hvilande abscesshåla*. Att i detta fall tyfus ej kan anses hafva gifvit anledning till perikondriten torde väl till fyllest framgå däraf, att vid tiden för insjuknandet i nämnda sjukdom redan förefans en hönsäggstor, djupliggande svullnad i bröstväggen på perikondritens plats. De starka, småningom tilltagande, subjektiva symptomen — håll och hostretning — utan tecken från lunga eller lungsäck tala ju för en peripleuritisk process; den djupliggande abscessen, som fans vid operationen, bekräftar denna diagnos. Själf daterar han ursprunget för sitt onda till den akuta pnevmoniens tid. En jäm-

förelse med nr 4 gör visserligen kondritens långsamma förlopp i detta fall än mera i ögonen fallande, men, med kännedom om hur ytterligt växlande i detta hänseende de *tyfösa* infektionerna förhålla sig, försvinner för oss denna betänklighet. Jag anser således högst sannolikt, att äfven detta fall visar oss, huru en septisk infektion direkt sprider sig från lungan genom förmedling af den peripleuritiska bindväfven till ett refbensbrosk.

*Fallet nr 3* är än svårare att i etiologiskt hänseende inordna. En ung man, som förut njutit af god hälsa, får utan känd orsak ömhet, svullnad och rodnad å en liten fläck å främre bröstväggen. Redan efter ett par veckor öppnades där en abscess, som efter ett par månader ännu ej läkts, utan gifvit anledning till lindriga pyemiska symptom; vid operationen finnes en lång fistel, ledande in till en bakom 4:de högra refbensbrösket på plevran liggande abscess; redan dagen efter operationen har han en högorsidig akut pnevmoni i full gång, och denna förloper med snabt typiskt förlopp till fullkomlig hälsa. Utan att vara blind för möjligheten af, att en sekundär infektion af helt annan art än den som ursprungligen gifvit anledning till perikondriten, här *kunnat* inträda under den tid han gick med öppen suppuration, vågar jag dock framhålla det sannolika i, att äfven *detta* fall är att ställa etiologiskt likartadt med de båda föregående. Och med beaktande af den perikondritiska abscessens fullkomligt analoga läge i dessa tre fall måste jag ock betona det rimliga i, att operationen *här* gifvit anledning till ett fullkomligt liknande direkt öfverförande af smittämnet blott i motsatt riktning — från perikondriet till lungan.

*Fallet nr 7* visar oss slutligen en genom otvifvelaktigt septisk infektion framkallad kondrit, där dock den kliniska bilden talar för en annan art af infektion än i föregående fall. En medelålders, frisk och stark kvinna sjuknar efter ansträngning vid en stor tvätt i akut nefrit och får samtidigt första symptomen af en suppurativ perikondrit, som sedermera under otillräcklig kirurgisk behandling får ett utpregladt kroniskt förlopp med altmer uttalade pyemiska symptom, hvilka stäckas efter radikal behandling af det lokala onda.

**Förlopp och symptom.** Såvidt vår ringa erfarenhet gifver vid handen, utmärkas de etiologiskt olikartade fallen ej af kliniskt så olika förlopp, att en särskild skildring däraf beträffande hvarje grupp af fall är erforderlig. Vi kunna väl säga, att förloppet i allmänhet är *utpregladt kroniskt* men företer dock, oberoende

af fallens etiologiska natur ofta rätt betydande växlingar både i afseende på tid och på symptomens intensitet och ordningsföljd. Sjukdomen *inledes* än af *spontana smärtor*, än af en *begränsad ömhet* i bröstväggen. Endast mera sällan är en *cirkumskript ansvällning* dess första tecken.

*Smärtorna* angifvas i sjukberättelserna än som ristningar eller stickningar, än — rätt ofta — som *håll*. Denna hållkänsla förlägges till väl begränsadt ställe af främre bröstorgsväggen; den stegras ofta af hosta, djupa andetag eller rörelser i synnerhet af samma sidas arm. Till graden äro smärtorna oftare lindriga än svåra, stundom, i synnerhet då den egentliga fasta svullnaden uppstått, kunna de vara synnerligen starka, förtagande sömn, förbjudande sängläge, tvingande till en framåt och åt den sjuka sidan lutad kroppsställning. I allmänhet finnas smärtorna ej länge före svullnadens uppträdande, ofta 1—2 veckor, stundom dock under lång tid t. ex. i ett fall  $1\frac{1}{2}$  år, i ett annat 1 år och en gång t. o. m.  $1\frac{1}{2}$  år (i egenskap af *håll*). Vanligen stegras de med svullnaden och lindras, då varet fått utträde, stundom bli de småningom svårare, trots varafflödet fortfar.

*Ömheten* uppträder vanligast först efter svullnaden men, såsom redan anmärkts, kan den stundom visa sig som första tecknet af sjukdomen. Den är då ofta karakteristisk genom sin skarpa begränsning, och som den i flere af våra fall förlagts just till det ställe af bröstväggen, som vid den efterföljande operationen funnits svara emot den egentliga förstörelsehården i brosket, är det mer än sannolikt, att detta tecken stundom är väl egnadt att vägleda till tidig diagnos. För egen del har jag haft ett fall (20), där denna noggrant begränsade ömhet ledde mig ej blott till diagnosen perikondrit, utan också till bestämmande af plats för insnitt och broskresektion, sedan alla möjliga yttre och inre medel förgäfvos under  $1\frac{1}{2}$  år försökts för att lindra den outhärdliga smärtan och ömheten. Fallet är ej upptaget i kasnistiken, enär jag tyvärr saknar anteckningar därom. Det var det första fall af perikondrit jag haft under min behandling, för omkring 14 år sedan. Det gälde en kvinna af omkring 26 års ålder, frisk, ej hysterisk, utan tecken på tuberkulos eller lues, och så vidt jag minnes hade ej heller tyfus föregått uppträdandet af den småningom allt starkare ömheten och värken på ett litet skarpt begränsadt ställe å sjätte eller sjunde vänstra refbensbrasket. Efter längre tids observation, hvarunder kina, jodkalium, salicylsyra o. s. v. omväxlande gifvits

invärtes, och plåster, vesikatorier, igräpniktur o. s. v. lika fäfangt användts utvärtes, gjorde jag, efter att med ett fint termokauterstick markerat platsen för den starkaste ömheten, resektion af underliggande broskstycke i ett par ens utsträckning. Midt i det lilla uttagna, till utseendet friska broskstycket fans en ungefär ärtstor, kärlnjierad granulotionsliknande härd. Ingenstädes något var. Omedelbart efter operationen voro smärtorna försvunna och återkommo ej. Jag vet, att patienten ännu lefver, frisk och sund, men jag har hittills förgäfvets sökt att träffa henne. Fallet erbjuder, från flere sidor sedt, så mycket intresse, att jag ansett mig böra anföra det samma, ehuru endast i detta sammanhang för att belysa symptomet ömhet.

Att liksom de spontana smärtorna äfven den lokala ömheten stundom mycket lång tid ( $\frac{1}{2}$ —1 år) kan föregå den upptäckbara svullnaden visa ytterligare ett par fall ur kasuistiken. Å andra sidan är det klart, att ömheten oftast står i direkt förhållande till den inflammatoriska svullnadens styrka och utbredning. Äfven vid en sådan diffus mjukdelsinflammation kan dock understundom ett slags smärta eller ömhet för *indirekt tryck* framkallas som är helt skild från den direkta tryckömheten på det inflammerade stället. Om man nämligen långt utom detta utöfvar ett hastigt tryck mot det sjuka rebbenet, erfar patienten stundom en mer eller mindre liflig smärta å platsen för de djupaste broskförstörelserna. Det är ögonskenligt, att denna trycksmärta är väl egnad ej blott att styrka diagnosen kondrit utan ock ger ledning för bedömandet af, hvilket eller hvilka brosk äro sjuka, samt med sannolikhet tyder på redan djupgående broskförstörelser.

*Svullnadens* utseende och uppträdande är ofta högst kännetecknande i synnerhet i dess början. Den tilltar oftast helt *långsamt*, är länge *fast till konsistensen* och *egendomligt flat till formen*, *orörligt sammanhängande med underliggande reffbensbrosk*, ej sällan *simulerande* en uppdrifning af själfva brosket, med sin största utsträckning i broskets längdriktning; huden däröfver är länge förskjutbar och oförändrad. Så kan ansvällningen stå, enligt hvad kasuistiken visar, i 1, 2 $\frac{1}{2}$ , 3, 5 månader, ja i  $\frac{1}{2}$ —1 år. Förr eller senare uppträder begränsad rodnad i huden och i centrum allt tydligare oppmjukning, eller ock blir svullnaden mera diffus med allt påtagligare fluktuation. Ansvällningen kan sålunda understundom taga högst betydande dimensioner, i ett fall täckte den nästan halfva främre toraxväggen.

Vida mera sällan inträder hastig abscessbildning och genombrott (inom några dagar — 1 månad). Ett sådant hastigt förlopp visar emellertid fall såväl inom tyfusgruppen (5), som inom de af annan infektion framkallade (7), ja t. o. m. bland de tuberkulösa (2).

Det är dock långt ifrån alltid, som den begränsade svullnadens plats stämmer med det sjuka broskets, ja den ligger stundom långt utom reffbensbroskens område. Huru villsam ett sådant förhållande blir i diagnostiskt hänseende ligger för öppet dag.

Vare sig nu sjukdomsförloppet intill abscessens genombrott eller öppnande varit kroniskt eller subakut, så blir det därefter utpregladt kroniskt, om ej konsten kommer till hjälp. En läkning helt och hållet genom naturens tillhjälp har jag en gång sett. Det var en medelålders man, som sökte mitt råd för en helt annan affär, men företedde ett litet indraget ärr öfver sjunde reffbensbrosket. Han hade för några år sedan efter en tyfus fått en ansvällning på detta ställe. den hade efter en tid brutit upp och gifvit anledning till en fistel, som stått med korta afbrott oläkt i öfver  $\frac{1}{2}$  år men läkts definitivt efter utstötning af en liten broskbit. Helt visst handlade det här om en ovanligt begränsad process. Ej sällan händer det, att abscessen efter öppnandet t. o. m. hastigt läkes, men fröjden blir kort. I ärrer eller på annat ställe i närheten bryter var åter fram. En eller flere fistlar bildas. Den ihållande suppurationen eller de ökade smärtorna eller åkommans inverkan på allmänna tillståndet drifver så patienten förr eller senare till sjukhuset.

*Fisteln* hade i 3 af våra fall stått längre än 1 år, i 4 fall längre än  $\frac{1}{2}$  år och i 4 under  $1\frac{1}{2}$ —4 månader, innan grundligare hjälp söktes. I allmänhet ter sig åkommans under detta stadium som en obetydlig affär — en ringa mjukdelssvullnad kring en liten fistelmynning, som oftast genomsläpper en helt obetydlig mängd varigt eller tunnt, nästan seröst sekret. Denna bild kan dock växla på mångahanda sätt. Ansvällningen kan vara betydlig, nästan af ett flegmones utseende, fistlarna kunna vara multipla, afsöndringen riklig, framkallande eezem i sårens omgivning. Vid sondering af fisteln intränger souden ofta till ett häpnadsväckande djup. Den kan ej sällan införas mellan de ytliga mjukdelslagren i stor utsträckning i lateral eller medial eller flere riktningar från fisteln utan att nå vare sig ben eller brosk. Stundom åter leder en fistel mera direkt på djupet mot

brasket; ett par gånger ha vi vid sonderingen haft tydlig uppfattning af, att instrumentet trängt tvärt igenom en håla i ett brosk eller genom det smala mellanrummet mellan tvänne brosk.

Patientens *allmänna tillstånd* har naturligtvis i flere fall varit mer eller mindre påverkadt af samtidiga komplicerande åkommor eller af den föregående infektionssjukdomen. Men äfven där så ej varit förhållandet visa några bland våra fall, att kondriten i och för sig mäktar på flere sätt ndergräflva organismens hälsa: än genom de smärtor, den sömnlöshet, som den medför, än genom den kroniska allmän-infektion, som den efter hand kan framkalla.

**De makroskopiska förändringarna** vid refbenskondriten träffa, som vi sett, dels de brosken omgifvande mjuka delarna, dels brosken själfva. Huru de första förändringarna te sig, framgår väl icke af något bland våra fall, men det torde väl icke lida mycket tvifvel, att vi i *perikondriet* oftast ha att söka de första förändringarna, därest icke processen är direkt fortledd till detta, vare sig från en ytligare eller djupare liggande inflammationsbård. I alla våra fall, utom det ofvan nämnda nr 20, fans abscessbildning i toraxväggen med mer eller mindre betydande inflammatorisk infiltration i omgifningen. I fyra fall fans abscess äfven på djupa sidan af brosket inpå förtjockad pleura eller pericardium. Abscessen har oftast formen af långsträckta greniga gångar med oregelbundna utvidgningar å förgreningsställena och på djupet invid brosket. Fistelgångarna förlöpte i ett par fall i stor utsträckning parallelt med pektoralmuskeln's fibrer dels under, dels öfver muskelplanet. Omgifvande muskelväfnad är vanligen starkt svålig. I händelse af tuberkulos visar abscessens både vägg och innehåll ofta de för kalla abscesser utmärkande makroskopiska egenskaperna. I ett fall (d:r EKEHÖRNS) var den stora abscessens innehåll rent seröst utom i botten, där det fans litet tjockt, segt var. Processen visar i våra fall, mest uttaladt vid de tyfösa, däreft vid de tuberkulösa, en stor benägenhet att utbreda sig i bröstväggen och dymedelst infektera flere närliggande brosk. Jag vill dock framhålla sannolikheten af, att denna infektion af närliggande brosk kan komma till stånd äfven utan mjukdelarnas förmedling genom direkt utbredning från brosk till brosk. Därför talar den stora frekvensen af multipla kondriten inom de *nedre*, framtill med hvarandra förenade, refbensbroskens område. Därför talar ock den direkta iakttagelsen vid flere operationer, där det visat sig, att de



tydligaste förändringarna i det sekundärt angripna brosket funnits just inom den del däraf, som varit fastvuxen vid eller tätt vidliggande det först angripna. Bland våra 20 fall var i 12 endast 1 brosk angripet, i 8 fall flere, däribland 2 brosk i 4 fall, 3 brosk i 2 fall och 4 brosk i 2 fall. Bland de 8 fallen med multipla broskaffektioner voro:

posttyfösa . . . . .	5 (af 7),
tuberkulösa . . . . .	3 (af 7).

Den frekvens, hvarmed de olika reffbensbroskena träffats af förändringar, framgår af följande sammanställning:

Reffbensbroskets nr . . . . .	II.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
Antal fall . . . . .	1	2	6	5	8	6	2	1

Det sjunde brosket visar sig altså i min kasnistik såsom det oftast angripna och var det särskildt i 7 af de 8 fall, där flere brosk funnos sjuka. I DITTRICH's fall var det VI:e brosket oftast angripet.

Hvad själfva broskförändringarna angå, måste jag ty värr inskränka mig till att i korthet anföra de viktigaste, med blotta ögat synliga, men hoppas att preparaten inom kort skola blifva föremål för grundlig patologisk undersökning af kompetent person.

I alla de preparat, jag sett, med undantag af det från nr 12 (perichondr. syphilitica) ha så väl perichondrium som brosk visat mer eller mindre tydliga förändringar. *Perikondriet* är ofta på begränsad fläck förstördt och brosket blottadt men visar sig i öfrigt mer eller mindre tydligt förtjockadt. Det lossas stundom ytterst lätt från brosket, men detta har jag ej funnit så konstant, som DITTRICH uppgifver. Tvärt om har jag flere gånger sett, att den trubbiga dissektionen äfven omedelbart bakom den egentliga broskhärden gått lättare utom än inom perikondriet, och jag skulle tro, att perikondriets svårare eller lättare aflossande beror på arten af de (metaplastiska) förändringar, som själfva broskväfnaden undergår; åtminstone har aflossandet aldrig synt mig så lätt som vid den egendomliga uppmjukning af broskväfnaden, hvilken stundom i vid utsträckning åtföljer den begränsade kariösa processen i brosket. Endast en gång har jag sett de af DITTRICH omtalade osteofyt-bildningarna från perikondriet i närheten af det karrerade stället. En tydlig be-



gränsad förtjockning af perikondriet visar preparatet från nr 12, där brosket däremot är af fullkomligt normal fasthet, färg och utseende i öfrigt. Detta preparat har å patologiska institutionen blifvit undersökt och förändringarnas syfilitiska natur blifvit konstaterad. I själfva verket handlar det om ett smältande gumma, liggande i thoraxväggen, på djupet skjutande in mot det femte vänstra refbensbroskets undre kant. Bild 2 visar utseendet af ett tvärsnitt, lagdt genom nämnda brosk och gummats djupaste del. Vi finna därå, att perikondriet å broskets yttre yta (*d*) är tydligt förtjockadt, och mot broskets undre kant utgår från perikondriet ett mäktigt stråk af svålig bindväf, bildande väggen till det smälta gummats håla, hvilken å teckningen synes fylld af en kornig detritus-massa (*c*).

De förändringar, som själfva *brosken* visa, äro dels begränsade destruktiva processer, dels vidt utbredda förändringar af väfnaden både till färg och konsistens.

*a.* De först nämnda visa sig *än* såsom tydligen från broskets yta utgående, multipla, kariösa förstörelser. Vackert utvecklade förändringar af detta slag visar det i bild 1 aftecknade preparatet från fallet nr 13 (chondritis posttyphosa). Bilden framställer bakre ytan af det VII:e vänstra refbensbrosket jämte 1 cm. af själfva refbenet. Vid (*a*) är gränsen mellan brosk- och bendel. Brosket visar längs sin undre kant i 4 cm. utsträckning, börjande 1½ cm. medialt om kostaländan, olikstora substansförluster i form af rundade urnaggingar med taggiga, ojämna kanter, inträngande till olika djup i broskväfnaden, djupast mot broskets midt, där de intränga nästan till broskets halfva höjd. Längs den ojämna kanten af dessa oregelbundna gropar är brosket både på fram- och baksidan i olika bredd på skilda ställen blottadt på perichondrium. och denna randzon är dessutom fläckvis tydligt lägre än omgifvande friska del af brosket. På bilden synes denna zon såsom ett mörkare parti längs groparnas kant. *Utvecklingen* af dessa från perikondriet utgående förstörelser visar samolikt det preparat, af hvilket bild 4 framställer en teckning, tagen kort tid efter exstirpationen. Det tillhör fallet nr 8 (chondritis typhosa). Alla de små groparna äro tvifvelsutan inträdesställen för nybildade kärl och granulationstappar från perikondriet. Deras antal och storlek tilltager mot kostalgränsen, och där finnas redan flere substansförluster af alldeles liknande utseende med dem, som det nyss beskrifna preparatet företedde. Å tvär-

snitt af detta brosk visa sig emellertid sannolikt i tidigt stadium äfven den andra formen af tydliga destruktiva förändringar, nämligen de centrala.

I flertalet af de fall, där dessa *centrala* förstörelser varit uttalade, har brosket i sitt inre visat en ärt- eller nötstor eller ännu större håla med oregelbundna, sinuösa väggar, beklädda med granulationer, som vid tuberkulos ofta äro delvis ostvandlade, och stundom innehållande ytterst små, naggade brosksekvestrar. Stundom fylles ock hålau af en vid dess väggar fastsittande, gelécartad väfnad, som är att uppfatta som degenererad brosk (DITTRICH). Sa har brosket i en del fall visat sig kanaliseradt i flere cms. utsträckning och kanalens vägg bildad af ett tunnt lager mer och mindre hård, spröd broskväfnad eller fläckvis till och med endast af förtjockadt perichondrium. Bild 3 visar genomsnitt af ett sadant, i ett par cms. längd kanaliseradt brosk, och vi se äfven, hur denna centrala broskhård medelst en liten fistel står i förbindelse med mjukdelsabscessen. I några af de fall, där brosket företett en dylik stor håla i sitt inre, har undersökning af omgifvande broskväfnad ofta i stor utsträckning visat flere eller färre sönderfallshårdar i tidigare stadium. Vackrast funnos äfven dessa tidigare centrala förändringar i brosket från nr 8 (bild 4). Här visar nämligen brosket i mer än 3 cms utsträckning från kostalgränsen a tvärsnitt ett egendomligt i gult och hvitt marmoreradt utseende, och ser man närmare till, sa finnas i de gulare partierna en mängd punktförmiga och något större håligheter, mot broskets kostalände efter hand altmer konfluerande med hvarandra till större hålör. Beträffande dessa förändringars beroende af infektionens art, vagar jag ej yttra mig mer, än att måhända broskets centrala sönderfall är vanligare och raskare vid tuberkulos än vid tyfus. Af intresse är slutligen ett stadium af de kariösa förändringarnas läge inom brosken. Så framhåller DITTRICH en förstörelse af sternokostalleden vals ein besonders häufiges Vorkommen vid den tuberkulösa kondriten. BERGMANN betonade i diskussionen efter HELFERICHs föredrag om de tyfösa kondriterna, om jag ej misstager mig, samma förhållande, och BAUER har enligt ett referat i Centralbl. f. Chir. 1895, nr 34 — hvilket kom mig till handa först sedan denna uppsats var färdig — uttalat sig därhän, att den tyfösa kondritens säte vore alltid gränsen mellan refbenets ben- och broskdel, men utan att benet någonsin deltog i processen. Hvad

våra fall i detta hänseende angår, så må först framhållas, att i ett fall (nr 18) handlade det påtagligt om en primär bentuberkulos i sternum, som sekundärt gripit öfver på en sternokostalled och närmaste del af ett refbensbrok. I ett fall (nr 19) uppträdde efter gjord broskresektion sekundärt en begränsad osteomyelitisk process i tillhörande refben. Men i alla de öfriga fallen visade hvarken sternum eller refbensbens bendelar några makroskopiska förändringar. De kariösa förändringarnas plats är *ej angifven i 4 fall*, de lågo nära den sternalu änden af brosket i *4 fall*, nära den kostala änden i *5 fall*, och voro antingen belägna nära broskets midt eller utbredda i stor utsträckning längs brosket men utan att finnas vare sig i sternal- eller kostaländen i *7 fall*. Vår kasuistik synes således visa, att i ett icke så litet antal fall börja förändringarna på så stort afstånd från broskets ändar, att ben och periost måste anses utan betydelse för infektionsämnets spridning till brosket. Likaså visa flere af våra fall, att benägenheten för infektionens spridning från brosket till närliggande ben, så väl bröstben som refben, är förvånande liten.

b. Utom de nu nämnda, på ytan eller i djupet af brosket förekommande, vanligen multipla, småningom med hvarandra konfluerande, kariösa härdarna förete de sjuka broskben, så vidt jag sett, konstant, förändringar af en utprägladt diffus natur. De gifva sig tillkänna med ändring af broskets både utseende och konsistens, men de visa sig i olika fall så olika, att deras histologiska eller histokemiska natur torde vara ganska växlande i olika fall. Så vidt jag hittills kunnat döma, tyckes infektionens art ej vara bestämmande för dessa förändringars makroskopiska karakter. Vi hafva altså i en del fall observerat, att det sjuka brosket i hela sin längd har en alldeles abnorm mjukhet, så att det kunnat ledigt böjas i stark båge eller med stor lätthet delas förmedelst en skarp slef. Denna förändring framhålls och beskrifves äfven af DITTRICH. Men oftare ha vi funnit brosket abnormt sprödt och hårdt, och denna förändring stundom tydligt aftagande i proportion med afståndet från de kariösa förändringarna. Den sist nämnda förändringen har ej blott förekommit hos äldre individer, där man kunnat antaga, att åldersförändringar i broskväfnaden inträdt redan före kondritens uppkomst, utan äfven hos flere af våra yngre patienter. Jämte dessa konsistensändringar visa alltid dessa brosk mer och mindre stark guldfärgning, vanligen ej

jämn utan liksom marmorerad i hvitt eller brunt. De hårda brosken äro vanligen också mörkare i färgtonen.

**Diagnosen** kan, såsom det af ofvan stående torde framgå, erbjuda stora svarigheter och detta under alla stadier af sjukdomen. Under den ej sällan ganska långa tid, då patienten endast klagar öfver spontana smärtor på visst område af bröstväggen, i synnerhet vid rörelser af ena armen, eller öfver en begränsad ömhet, tydes det onda ofta som *myit*.

Flere af våra patienter hade också, enligt läkares föreskrift, under längre eller kortare tid behandlats med massage, mer än i ett fall intill dess de ej längre uthärdade därmed. Den karakter af *håll*, som dessa smärtor oftå ega, och den stegring af dem, som vållas genom djupare andetag, leder lätt miss-tanken på ett *kroniskt lung- eller lungsäckslidande*, så mycket lättare, då en pleurit eller pnevmoni föregått. Smärtornas art och styrka kan åtminstone tidtals vara sådan, att diagnosen ställes på en *interkostal neuralgi*, så i det första fall (nr 20) jag behandlade. »Smärtpunktens» bestämda lokalisering till en begränsad fläck på brosket, ej i interkostalrummet, vägledde mig där till riktig diagnos.

Äfven sedan svullnaden börjat visa sig, är diagnosen ingalunda lätt. Dess djupa läge, långsamma förstoring och fasta konsistens äro väl egnade att missleda uppfattningen af lidandets rätta natur. Mest karakteristisk både för syn och känsel blir tvifvelsutänksamt ansvällningen, då något af toraxrandens brosk är angripet. För den, som en gång sett den egendomliga platta, fasta, till brosket bundna, långsträckt svullnaden i dylika fall, är diagnosen lätt att ställa redan på afstånd. Större svarigheter möta, då något af de öfre broskerna äro afficerade. Det tjockare muskeltäcket döljer då svullnadens läge och gräuser. Alt efter dess olika konsistens och förhållanden i öfrigt riktas tanken lättast på en *muskelinflammation*, ett *muskel-syfilom*, en *aktinomykotisk infiltration* eller en *tumör*, och denna antingen utgående från de mjuka delarna (*lipom*, *aterom*) eller från benen (*sarkom*, *enkondrom*). Ett noggrant aktgifvande på anamnesens uppgifter — föregående tyfus, syfilis eller annan infektiös sjukdom — samt konstaterandet af tuberkulösa eller syfilitiska förändringar i andra kroppsdelar, ger då ofta nyckeln till diagnosen.

Hafva tecknen på abscessbildning framträdt eller fistel redan uppstått, så kan väl stundom åkommans natur af peri-

kondrit vara ögonskenlig, om t. ex. den införda sonden framtränger direkt mot refbensbrasket. Men som vi redan framhållit, kan mjukdelsabscessen eller fistelöppningen ligga långt aflägsna från brosken. Det återstår således i dessa fall att medelst rymlig incision af abscessen, eventuel klyfning af fistelgångarna, uppsöka suppurationens källa. Vi kunna därvid möta en ren *kronisk mjukdelsabscess* — sannolikt då af tuberkulös natur — och sådana äro äfven i främre toraxväggen icke sällsynta (RIEDINGER). Tvifvelsutän ha dock mycket ofta abscesser med ben- eller broskursprung blifvit ansedda och behandlade som mjukdelsabscesser, ty den, som sett ett sådant fall med subkutan eller intermuskulär abscesshålå och därifrån en lång, grenig och trång fistelgång, ledande till en aflägsen ben- eller broskhård, vet, huru grundlig undersökningen af abscesshålans alla skrymslen måste vara för att man med säkerhet skall kunna utsluta tillvaron af en med skelettdel kommunicerande fistel. Det är ock vid dessa fall af stor vikt att ihågkomma, att så väl vid refbens-osteiter som -kondriter fisteln ofta först på refbenets *djupa* sida leder in i den kariösa härden. Är det således beträffande de ytligare s. k. mjukdelsabscesserna i toraxväggen sannolikt, att många ega ett förbisedt beursprung, så är det ock visst, att mången s. k. peripleuritisk abscess har samma källa.

Beträffande naturen af den broskaffektion, som sålunda blifvit konstaterad, torde knapt här behöfva upprepas, att dess bestämmande hvilar på beaktande af så väl anamnesens uppgifter som den objektiva undersökningens resultat men ofta därjämte kräfver den bakteriologiska eller patologisk-anatomiska undersökningen till sin hjälp. Huru opålitlig den rent kliniska diagnosen kan vara, framgår bäst af vårt fall n:r 12. Då detta fall är ovanligt väl egnadt att belysa nödvändigheten af att äfven efter diagnostiserandet af en *suppurativ* perikondrit hafva för ögonen möjligheten af att en helt annan behandling än den operativa kan vara indicerad — nämligen den *antisyfilitiska*, återger jag här dess grunddrag. En 23 års man med tuberkulos i släkten, men själf frisk och förnekande lues, genomgår under loppet af  $\frac{1}{4}$  år två vänstersidiga plevriter, den första torr, den andra exsudativ med långsamt försvinnande af dämpningen, samt får ett par månader därefter först lindrig värk, sedermera begränsad svullnad strax nedom vänstra bröstvärtan. Ansvällningen växer långsamt under loppet af 5 månader, mjuk-

nar och rodnar i centrum, incideras slutligen och uttömmes »en mängd var». En fistel kvarstår emellertid och drifver honom efter  $1\frac{1}{2}$  år till lasarettet. Vi konstatera, att fisteln går in mot 5:e reftbensbrosket, och pat. ömmar vid tryck mot det femte reftbenet. Han företer dessutom förlängdt exspirium öfver båda lungspetsarna och ronchi sonori öfver den vänstra. Diagnosen ställdes under sådana förhållanden utan tvekan på en tuberkulös kondrit. Hela abscessen och femte brosket utskalades i ett samband samt lades omedelbart därefter i förvar för undersökning. Pat utskrefs efter 16 dagar, men den sista resten af såret var ej läkt förrän efter 3 månader. Under den tid, han nu skötes på polikliniken, uppträder längre ned i främre toraxväggen en ansvällning, som vid företagen operation befinnes vara en väl begränsad, lös och något gelatinös granulations-svulst, liggande i mjukdelarna, utan samband med brosk eller ben. Den undersökes och befinnes enligt KEYS åsikt med sannolikhet vara ett gumma. Preparatet från den förra operationen undersökes nu, och dess natur och utseende känna vi redan af det föregående. Patienten i fråga företedde inga andra upptäckbara tecken af syfilis.

**Prognos och behandling.** En granskning af vår kasuistik visar oss först och främst, att den suppurativa reftbenskondriten i allmänhet erbjuder ett högst betydande motstånd mot vår terapi. Af de 13 patienter, som vårdats å Serafimerlasarettet, hade 12 under längre eller kortare tid förut stått under behandling, ej få af dessa vårdats å sjukhus eller af van kirurg. I de fall, där journalerna innehålla upplysningar om den sjukhusvistelsen föregående behandlingstidens längd, har denna uppgått till:

1—2 månader.	3—5 månader.	$\frac{1}{2}$ år.	1— $1\frac{1}{2}$ år.
5 fall	3 fall	3 fall	3 fall.

Därtill kommer sjukhusvistelsens eller den mera genomförda kirurgiska behandlingens tid. I de 17 fall, där full läkning inträddt, har nämnda tid utgjort i:

1—2 veckor.	1 månad.	2—4 mån.	1 år eller mera.
4 fall	3 fall	7 fall	3 fall.

Hvad den använda behandlingens art angår, så har den, såsom vi redan framhållit, i några fall visserligen till en början varit egnad att snarare skada än gagna, men om vi fråse de

3 eller 4 fall, där på grund af en tydligen oriktig uppfattning af lidandets natur, någon tids massage inledt terapien, så har i det stora flertalet fall ej lång tid förflutit, innan åtminstone *incision* blifvit gjord. Därtill har ofta lagts mer eller mindre grundliga *utskrapningar* antingen från början eller oftare först sedan abscessen visat sig utan tendens till läkning. I icke så få fall ha redan före intagningen på sjukhuset stora insnitt gjorts, nekrotiska broskstycken aflägsnats eller t. o. m. *partiella broskresektioner* utförts. Det andra fall, jag fick under min privata vård (nr 19), var särskildt egnadt att väcka min uppmärksamhet på den envisa benägenhet till recidivering, som denna åkomma visar äfven efter resektioner, som syntes oss långt öfverskrida gränserna för de synbara förstörelserna inom brosket. Under mer än 1 års tid gjordes i detta fall upprepade (5—6) resektioner af broskstycken med centrala kariösa härdar, och för hvarje gång ansåg jag mig grundligt aflägsnat ett sjukt brosk. Såret behandlades öppet, allt artade sig till en början väl, men en liten fistel stod envist kvar, och vid undersökning fann jag än ett litet såsom friskt kvarlemnadt stycke brosk nu vara sätte för alldeles samma process som det resekerade partiet, eller ock ledde en gång ned till närmast nedanför liggande brosk. Först sedan 2 brosk i hela deras längd blifvit grundligt aflägsnade, bragtes den tålmodspröfvande processen till afstannande. Hvari ligger nu förklaringen till recidiven? Förändringarnas art tyder alldeles klart på infektionens utbredning i tvänne olika riktningar, dels efter längden af det först afficerade brosket, dels från detta till det närmast ofvanför eller nedanför liggande brosket. Ett aktgifvande på det kliniska förloppet och de patologiska förändringarna i de fall, som sedermera kommit under min observation, har blott bekräftat denna uppfattning och tillika varit ägnadt att skänka förklaring både åt det ena och det andra utbredningssättet.

Hvad först angår *recidiveringen inom samma brosk*, visar ju ett par af våra fall otvetydigt, att *de rent destruktiva förändringarna* i brosket *kunna* uppträda från början *disseminerade* i stor utsträckning inom i öfrigt skenbart friskt broskväfnad. Tillvaron af dessa små punktformiga granulationshärdar inom det lemnade broskstycket kan vid en partiel resektion omöjligen kontrolleras, och en enda sådan liten härd är ju tillräcklig att förklara recidivet. Än mer! — det sätt, hvarpå



recidiverna i en del af fallen uppträdt, vinner vida lättare sin tydning, om vi få antaga en kvarlemnad broskhärd som källa till recidivet än en från operationssåret spridd infektion. Det har nämligen stundom händt, att efter operationen god och snabb läkning inträdt; först efter någon tid — veckor eller månader — bryter var åter fram i ärret, och vid den följande operationen finnes i det lemnade broskstycket en central håla, som öppnat sig utåt på broskets fram- eller baksida. Dessa små, spridda, otvifvelaktiga infektionshärdar inom brosket saknas emellertid vid en hel del fall, äfven bland dem, där recidiv inträdt, som det tyckes, på grund af att ett stycke brosk kvarlemnats. Då nu i *alla* fall jag sett med förändringar inom själfva broskväfnaden — ej blott inom perikondriet, såsom vid syfilisfallet — utom de mer eller mindre begränsade sönderfallshärdarna äfven funnits mer eller mindre tydliga *diffusa förändringar* af helt annan karakter, så ligger det nära till hands, att i dem se en tydning på åtminstone de senast berörda recidiven. Detta har, som vi redan i förbigående anmärkt, framhållits af RIEDINGER m. fl. Naturen af dessa »metaplastiska förändringar» är, så vidt jag känner, ännu mycket outredd men torde tvifvelsutan vara ganska olikartad. Att de kunna vara »ålderdomsförändringar», är ju bekant, men lika säkert är, att förändringar i färg och konsistens, hvilka makroskopiskt likna dessa åldersförändringar, kunna uppträda hos unga, i öfrigt friska personer tillsammans med en kondritisk process, framkallad genom en tuberkulös, tyfös eller annan infektion. Bland de af oss och andra observerade diffusa förändringarna af det sjuka brosket finnes dessutom den egendomliga, vidt spridda uppmjukningen af broskväfnaden, som alldeles afviker från åldersförändringarnas karakter. Det är ju under sådana förhållanden svårt att värja sig för den uppfattningen, att dessa förändringar åtminstone delvis äro framkallade af infektionen. Huruvida de äro nödvändiga föregångare till den kariösa processen, eller huruvida således förändrade brosk såsom bärare af infektionsämnet äro tillräckliga att underhålla och sprida infektionen, måste vi väl tillsvidare lemna därhän. Hvad vi med stöd af erfarenheten från flere af våra fall anse oss böra framhålla är, att dessa förändringar måste betraktas som högst allvarliga nutritionsrubbingar inom broskväfnaden. Just i några bland de fall, där läkning ej efter partiel resektion kommit till stånd, och vid en följande operation det lemnade broskstycket

blifvit aflägsuadt, och permanent läkning därefter inträdt, har nämligen detta broskstycke funnits i sin helhet afdödt utan att vara genom granulationsväfnad löst från sitt perichondrium eller bensammanhang och utan att i sitt inre förete något kariöst sönderfall. En omständighet, som ju också i viss mån talar för de diffusa broskförändringarnas beroende af infektionen och betydelse för dess utbredning, är den stora procenten multipla kondriter inom de nedre, med hvarandra partielt sammanvuxna refbensbrosk. Om vi än således i de genom infektionen inom själfva brosket framkallade multipla och diffusa förändringarna med stor sannolikhet hafva förklaringen till en del recidiv efter partiella resektioner, så är det dock af flere bland våra fall tydligt, att faran hotar äfven från ett annat håll. Vår kasuistik visar oss, att i alla de fall, där multipla broskaffektioner funnits, ha endast *närbelägna* brosk, det ena efter det andra, blifvit angripna. Det enda fall, som skenbart afviker från denna regel, är nr 1, där utom 5:e och 6:e brosk på vänstra sidan äfven det 5:e på den högra var angripet, men förloppet i detta fall synes mig dock tydligen visa, att det där handlade om en ny infektion efter ett trauma å den högra brösthalfvan, alldeles på samma sätt som den vänstersidiga kondriten 13 år förut uppstått efter ett yttre våld å vänstra sidan af bröstkorgsväggen. Det kan således ej vara tvifvel underkastadt, att i flertalet fall af multipla kondriter infektionen öfverföres från det ena brosket till det andra genom förmedling af mjukdelarna. Det är därför, framför alt i de fall, där lång tid gatt, innan tillräckligt aflopp för varet beredes, som vi se flere brosk angripna. Våra fall tyckas mig ock ådagalägga, att *infektionens art* i väsentligt olika grad predisponerar för multipla broskaffektioner. Så visar sig i 7 fall af *tuberkulös kondrit* endast 3 med tvänne refben sjuka, då däremot af 7 *tyfösa* kondriter 5 förete förändringar i flere refben och däribland två gånger i 4 refben, en gång i 3 refben. Än mer framträder denna olikhet, om vi besinna, att af de 3 fall af *tuberkulös kondrit*, där flere brosk voro angripna, nr 1 hade gått med fistel i många år, nr 14 hade sin affektion i de med hvarandra sammanvuxna delarna af 7:e och 8:e brosk, och nr 19 under mer än 1½ ar underkastats upprepade ntskrapningar och partiella resektioner. Förklaringen på denna påtagliga olikhet mellan de *tuberkulösa* och *tyfösa* kondriterna ligger uppenbarligen i den ofta helt skarpa be-

gränsningen för de tuberkulösa mjukdelsförändringarna, då däremot vid tyfus den inflammatoriska mjukdelsinfiltrationen blir vidsträckt och diffus. Det är därför vid operationen af en tuberkulös kondrit oftast mycket lätt att fullständigt exstirpera hela abscessen och fistlarna med omgifvande infiltrerade bindväfs- och muskelpartier, då vi däremot vid de tyfösa måste nöja oss med vida incisioner i de mjnka delarna. Vår statistik visar också en väsentligt bättre prognos för behandlingen af de tuberkulösa än de tyfösa kondriterna. Bland 5 fall af tyfös kondrit, som varit under min behandling, måste i 4 fall upprepade operationer göras, innan läkning inträdde; bland 5 tuberkulösa fordrade endast två förnyad operation, och den ene af dessa (nr 19) tillhörde en tid, då jag ännu ej blifvit uppmärksam på broskförändringarnas stora utsträckning.

Efter dessa inledande ord är det mig lätt att i korthet framställa de grundsatser, hvarefter jag tror en rationel behandling af reffbenskondriten böra ledas, och för öfversiktlighetens skull anför jag dem punktvis.

1. Operation bör ske *så tidigt som möjligt*, d. v. s. så snart diagnosen kan ställas. Ja, ej sällan är den t. o. m. erforderlig för fastställandet af en närmare diagnos. Föreligger minsta anledning att misstänka en *syfilitisk* natur, bör dock antiluetisk behandling först försökas. Det är anledning att tro, det fall ej sällan kunna bjuda sig till operation redan före inträdandet af mjukdelssuppuration — med ledning af den begränsade ömheten och smärtan —, och där tör ett relativt litet ingrepp vara tillräckligt för att pålitligt aflägsna allt sjukt.

2. Vår kasuistik har visserligen att uppvisa fall, där genom *evident*, oftast dock många gånger upprepadt, processen bragts till läkning, men med kännedom om den utsträckning och multiplicitet, som utmärka förändringarna i brosket, synes det mig klart, att den skarpa slevven bör ersättas af den *typiska resektionen*.

3. *Resektionens utsträckning* bör ju utan tvifvel vara beroende af förhållandena i det speciella fallet, och det vore säkerligen onödigt och altså oriktigt att *i hvarje fall* resekeras hela det eller de brosk, som visa spår af sjukliga förändringar. Vi ha redan framhållit en del synpunkter för denna pröfning, såsom åkommans ålder, abscessens utsträckning, infektionens art. Det är ju ock tydligt, att man med mycket mindre tvekan bör besluta sig för total resektion af något eller några af de öfre, kortare reffbensbroskena än af de nedre långa, hvilkas aflägs-

naude förnätta vidsträckta insnitt och lesion af bukmuskulernas fästen. För det största antalet fall, är nog den *totala resektionen* åtminstone af det först angripna brosket att tillstyrka, och denna operation torde lättast och säkrast utföras så, att själfva refbenet först delas 1—2 em. från broskgränsen och utlossandet därefter sker utifrån inåt mot sternum.

4. *Förändringarna i de mjuka delarna* böra vid *tuberkulos* helst fullständigt utskäras eller, där så ej kan ske, så grundligt som möjligt förstöras, t. ex. med termokauter, och förhållandena sålunda göras gynsamma för en hastig, aseptisk läkning. Vid abscesser eller infiltrationer med *annat ursprung* måste man vanligen nöja sig med fullständiga klyfningar af abscess- och fistelväggar.

5. Till sist må framhållas, att osäkerheten att erhålla aseptik i såren äfven efter grundliga operationer är synnerligen stor, framför alt i de fall, där öppen suppuration funnits dessförinnan. Trots de lyckade resultaten af en fullständig primär slutning af såren, som vår kasuistik har att uppvisa, vill jag dock varna därför af det skäl, att, om i sådant fall läkning p. p. inskränker sig till läkning af huden, vilkoren för infektionens spridning till närmast liggande perichondrium och brosk måste vara synnerligen gynsamma. Jag kan i själfva verket ej dölja för mig möjligheten af, att i ett och annat af våra fall monheten om en hastig läkning på detta sätt har framkallat infektionens spridning och behofvet af en ny resektion. *Sekundär sutur* eller *öppen tamponad* torde altså vara den efterbehandlingen, som i allmänhet lämpar sig bäst för dessa fall.

### Kasuistik.

**N:r 1.** *Man*, 44 år, timmerman, int.  $\frac{25}{7}$  90, A. J. n:r 206 utskr. d.  $\frac{16}{8}$  90. Chondritis tuberculosa cost. V et VI:æ lat. sin. et V lat. d. (Kand. CAVALLI-BJÖRKMAN).

*Anamnes.* Pat. har, frånsedt nedan nämnda, yttre åkommor. haft den bästa hälsa. För 12 år sedan föll han framstupa och slog sig därvid mot en frusen jordklump ungefär vid vänstra 5:e refbensbroskets kostalände. Där stöten träffat blef han mycket öm en lång tid, och efter  $\frac{1}{2}$  års förlopp märkte han där en ansvällning af ett 5 öres storlek och form. Den var hård och fast, ömnade ej längre men växte långsamt och jämnt. Efter ett nytt trauma på ansvällningen tilltog den hastigare, blef mjukare och öm. Då den nått en knuten hands storlek och börjat gifva anledning till ristande värk, söktes hjälp hos läkare. Denne uttömde med snitt en stor mängd var och skrapade hålan. Såret läktes inom 14 dagar men bröt under hemresan upp, och en fistel uppstod,

som sedan med korta mellantider varit öppen i flere år. Fisteln utskrapades å Sabbatsbergs sjukhus förra sommaren; pat. utskrefs läkt. men inom kort bröto flere små fistelöppningar upp i det gamla äret. — Han har vidare för fem år sedan efter ett trauma öfver vänstra synchondrosis sacro-iliaea fått en ansvällning, som liknar den ofvan beskrifna, men är ännu öm och fast. utan hudförändring. Den är hönsäggstor. — För 12 år sedan föll han från en byggnadsställning, och en efterföljande timmerstock träffade honom öfver vänstra axeln. Smärtan och obehagen af stöten gifvo dock snart vika, så att han åter kunde begagna armen fritt. Först efter 1 år började axeln värka och rörligheten i leden småningom minska. Under vistelsen på Sabbatsbergs sjukhus gjordes under narkos uppbygning af leden, och därefter ordinerades massage och gymnastik, hvaraf armens funktionsduglighet väsentligen ökades. — Pat. bär sedan 7 år bräekband först för högersidigt och sedan 2 år för dubbelsidigt ingvinalbräek.

*St. præsens* d.  $\frac{26}{7}$  90. Kraftig kroppskonstitution. Från bröstets och bukens organ intet abnormt. Urinen normal. — I höjd med 5:e vänstra refbensbroskets insertion vid sternum börjar från midten af sternum ett 8 cm. långt ärr, som sträcker sig i båge utåt. Tre cm. från dess medialände finnes öppningen till en 3 em. lång fistelgång; som sträcker sig snedt uppåt, inåt. Vid sondering däraf träffas i botten broskhårdtt motstånd. Sparsam, varig afsöndring. — Den i anamnesen omnämnda svulsten öfver vänstra sakro-iliakal-leden är hönsäggstor, kännes fast till konsistens, ligger subkutant och mot underlaget något rörlig. — Vänstra humero-skapular-leden medgifver inga ens passiva rörelser. Vid alla rörelser följer skapula med. Den vänstra öfverarmen, uppnått från kanten af acromion till spetsen af epicond. lat., visar sig 3 em. kortare än den högra.

*Operation* d.  $\frac{29}{7}$  90. Snittet lades i det gamla äret med kring-skärande af fistelöppningen och någon förlängning åt båda sidor. Fisteln visade sig leda in i brosket, som ungefär midt emellan sin sternal- och kostal-ände innehöll en ärtstor håla med kärlika väggar och fylld af tuberkulösa grannlationer. Nästan hela det sjuka refbensbrosket resekerades, och hela såret hopsyddes fullständigt utan dränering. — Öfver tumören i sakro-iliakal-regionen lades därpå ett snitt. Den befans ligga under den bakersta delen af gluteal-muskulaturen, var af en valnöts storlek, kunde hel utdissekeras och bestod af en i sin midt smältande men för öfrigt fast, ostig massa. Intet samband med ben eller synkondros kunde konstateras. Såret hopsyddes.

D.  $\frac{2}{8}$  uttogos suturerna och aflägsnades dränröret från gluteal-såret. D.  $\frac{5}{8}$  uttogos suturerna från toraxsåret, som var läkt. D.  $\frac{16}{8}$  utskrefs pat., och båda såren voro fast läkta.

Samme man, 45 år, inskr. d.  $\frac{11}{5}$  91. A. J. nr 133, utskr. d.  $\frac{5}{6}$  91. (Kand. STENBECK).

*Anamnes.* Patienten, som vårdats här d.  $\frac{25}{7}$ — $\frac{16}{8}$  1890 och utskrifvits läkt, kände ej af sitt onda förr än den 27 mars 1891, då han i samma trakt som förut märkte ömhet och svullnad. I och ofvaupå äret bildade sig snart en valnötsstor knöl, som den 7 april öppnade

sig. Sedan dess har altjämt en tunn, varliknande vätska utrunnit. Pat. har själf skött sitt sår, men då det ej ville läkas, sökte han åter inträde å lasarettet, d.  $11\frac{1}{6}$ . — Såret i glutealtrakten har altjämt hållit sig läkt. — Däremot har en affektion i båda epididymides, som vid förra sjukhusvistelsen ej af honom omnämnts nu försämrats. För ungefär 8 år sedan hade han nämligen i högra skrotal-halfvan märkt en hårdnad, och för 5 år sedan en dylik i den vänstra. Båda ha förstörats och äro nu resp. valnöt- och nötstora.

För någon tid sedan bröt upp ett hål å nedre delen af scrotum. Intet abnormt har han sport från urinen eller vid urinering.

*Status præ.* d.  $4\frac{1}{5}$  91. I det gamla, nedåt konvexa ärrret finnas några öppningar, ledande in i en liten abscess-håla af ungefär 1 cm. diameter, inneslutande tunn, grågult var. Vid tryck å detta ärr ömmar patienten ganska starkt. Han har däremot inga spontana smärtor där eller annorstädes. I båda epididymides tydliga tuberkulösa förändringar f. t. utan tecken till suppuration. Sädessträngen å båda sidor utan upptäckbara förändringar, likaså prostata och sädesblåsor. Å bakre sidan af scrotum nära raphe ett indraget ärr, hvarifrån kännes en hård sträng, ledande upp mot vänstra stenen. Första hjärttonen utdragen och suddig. Från öfriga inre organ intet abnormt.

*Operation* d.  $12\frac{1}{5}$ . Snitt lades i det gamla ärrret, och befans fisteln leda till en väl begränsad, nötstor håla i *sjätte* refbensbrosket, hvarför detta resekerades i en utsträckning af 5 cm. Ärr och fistelväggar bortdissekerades omsorgsfullt. Såret förenades fullständigt.

D.  $18\frac{1}{5}$  borttogos suturerna. D.  $21\frac{1}{5}$  omläggning, någon sekretion. D.  $28\frac{1}{5}$  såret läkt. D.  $5\frac{1}{6}$  utskrefs läkt.

Samme man, 46 år, inskr. åter d.  $27\frac{1}{2}$  92 A. J. nr 77 utskr. d.  $17\frac{1}{3}$  92. (Kand. JUNGMARKER).

*Anamnes.* Han utskrefs fr. lasarettet den  $5\frac{1}{6}$  91. Mot slutet af samma månad fick patienten under sitt arbete å nyo en kraftig stöt, denna gång på *högra* sidan af bröstkorgen, i jämnhöjd med 5:e refbensets sternala ände. Han kände sedermera under kort tid lindrig ömhet å detta ställe. Mot slutet af oktober träffades han af ett nytt trauma å detta ställe men märkte först i början af november smärta och sedan en ömmande uppdrifning därstädes, i synnerhet vid rörelser med högra armen. Trots jodpenslingar uppnådde denna ansvallning på 4 veckor knytåfve-storlek. Då huden äfven började rodna och tumören mjukna, gjorde rådfrågad läkare incision, hvarvid en stor mängd var lär ha utflutit. Strax efter jul var såret åter läkt, men inom några dagar öppnade sig tvänne fistlar i ärrret, och dessa ha sedan oafbrutet stått öppna.

*Stat. præ.* d.  $29\frac{1}{2}$  92. Motsvarande platsen för 5:e och 6:e refbensbrosken i vänstra sidan finnes en tydlig retraktion af mjukdelarna, och i botten af den så bildade gropen synes ett från vänstra sternalranden löpande transverselt, nedåt konvext ärr. I detta ärrs mediala ände finnes en liten fistelöppning, hvarigenom sond kan införas i 2,5 cm:s utsträckning mot höger och något uppåt. I samma höjd som nämnda ärr finnes å högra sidan ett 7,5 cm. långt ärr efter den senast gjorda incisionen. Äfven i detta ärrs mediala ände finnes en liten

öppning, genom hvilken man inkommer i en 8 cm. lång, snedt uppåt och utåt gående kanal. Litet var kan frampressas ur denna fistel, trycket vållar någon smärta. — Hårdnaderna i genitalorganen tyckas oförändrade. Likaså ankylosen i vänstra axelleden.

*Operation* d.  $\frac{1}{3}$  92. Snitt lades från högra kanten af sternum midt för 5:e refbensbrusket utåt till 6 cm. utom högra mamillen. I hela denna utsträckning följdes nämligen en i m. pectoralis major löpande fistelgång. Först i dess laterala ände påträffades en i motsatt riktning gående djupare fistelgång, som ledde in i femte refbensbrusket. Fistelgångarna med omgifvande muskelväfnad exciderades omsorgsfullt. Brusket resekerades från 2 cm. medialt om dess kostala ände fram till sternum. — Vid genomsärande af brusket fanns i dess inre en 2,5 cm. lång, 1 cm. bred härd med kärlik granulationsväfnad, delvis ostvandlad. I tvärsnitt visade brusket i nästan hela sin utsträckning små, spridda, ljusgula härdar med liflig kärilinjektion i sin omgifning. — Såret hopsyddes och dränerades med jodoformgas.

D.  $\frac{3}{3}$ . Lifliga smärtor i sårtrakten i synnerhet vid hostanfall. Aftontemp. 38,2°. Tampongen aflägsnas. Såret friskt, utan varig sekretion.

D.  $\frac{4}{3}$ . Temp. 37,8°—38,2.

D.  $\frac{5}{3}$ . Feberfri, smärtorna borta.

D.  $\frac{7}{3}$ . Utskrefs läkt sedan flere dagar.

**N:r 2.** Kvinna, 48 år, inskr. d.  $\frac{16}{9}$  90, A. J. n:r 263, utskr. d.  $\frac{23}{10}$  90. Chondritis tuberculosa costæ. V dæ. (Kand. M. BLUMENTHAL).

*Anamnes.* Inga fall af tuberkulos inom släkten. Fadern lär ha dött af bröstkräfta. Pat. har lefvat under goda hygieniska förhållanden. Hon sjuknade augusti 1888 i lunginflammation. Sedan dess hosta. Vid jultiden 1889 influensa, och å nyo i januari 1890, hvarvid hon hostat upp blod men blott i ringa mängd. Mot slutet af januari 1890 började hon känna ömhet framtill på högra toraxväggen, och i februari uppstod på samma ställe en svullnad, som sedan spred sig utan att mycket höja sig. I början af mars inciderades svullnaden, och såret läktes snart, men redan efter 8 dagar bröt såret upp, och en fistel bildade sig, ur hvilken tidvis rätt mycket var uttrann. I midten af maj gjordes ny operat. å samma sjukhus. denna gång med utskrapning, men då suppuration från sårets öfre del efter 14 dagar åter ökades, öppnades såret för tredje gången, och ett stycke brosk resekerades. Såret läktes till största delen, men en fistel kvarstod oläkt i ärrets öfre del, och därur framkom alltjämt stundom rikligt med var. Hon hade tidtals starka smärtor; i synnerhet plågade henne hostan, och då ömheten tilltog, råddes hon att söka inträde vid Seraf. lasarettet.

*Stat. præsens* d.  $\frac{17}{9}$  90. Från vänstra lungan intet abnormt. *Högra lungan:* tonen öfver fossa supraclavicularis och — scapularis kort, för öfrigt normal. Respirationsljudet öfver lungspetsen nästan bronkielt med hårda, knäppande inspirationsrassel. Resp. ljudet för öfrigt strävt vesikulärt, inga rassel. — Från öfriga inre organ intet abnormt. — Å högra toraxväggen synes ett 6 cm. långt ärr sträcka sig från 6:e refbensbruskets sternalände snedt nedåt och utåt till under-



kanten af bröstskorgen. I ärrets öfre del mynnar en fistelgång, som sträcker sig 2,5 cm. långt i riktning bakåt och något uppåt. I botten träffas fast motstånd. I jämnhöjd med 5:e interstitiet finnes öfver sternum, ungefär vid föreningen mellan corpus och proc. ensiformis, en obetydlig 2-öres stor uppdrifning med något rodnad hud. Vid tryck öfver reffbensrosken ömmar pat. endast öfver det femtes sternalförbindelse.

*Operation* d. 20/9. Äret och fistelgången exciderades fullständigt, och med tillhjälp af ytterligare ett snitt längs 5:e reffbensrosket resekerades detta från sin sternalände i 5 cm:s utsträckning. Rosket såg friskt ut med undantag af dess mest mediala del, där en smältningshård förefans. — Jodoformgas inlades efter hopsyning af sårets större del.

D. 22/9. Temperaturen i afton 38,8, hvarför förbandet ömsas. Någon suppuration finnes, och huden närmast såret något rodnad. Jodoformtampongen uttages, och dränrör inlägges. Hostan vållar fortfarande plågor i sårtrakten, dock ej värre än före operationen.

D. 24/9. Förbandsbyte. Intet var. Afebril.

D. 8/10. Såret friskt. Ingen sekretion. Hon har i dag hostat upp mera blod än någonsin förr.

D. 9/10. Äfven i dag blodhosta, hvarför hon fått åter intaga säugen.

D. 23/10. Utskrefs läkt.

**N:r 3.** Man, 22 år, stenhuggare, inskr. d. 30/3 92. Chondritis (septica?) costæ IV:æ dæ. A. J. n:r 115, utskr. d. 25/5 92. (Kaud. W. EKEBERG).

*Anamnes.* En broder till patienten har dött i lungdot, föräldrarna och sju syskon lefva och äro friska. Pat. själf tyckes ej haft några tuberkulösa åkommor och har alltid varit frisk, tills han i midten af januari d. å. utan föregående orsak började känna ömhet å en liten fläck ungefär midt på bröstbenet. Några dagar därefter märkte han, att på samma ställe en liten knöl började utveckla sig och nådde storleken af en tumände, då huden öfver dess spets började rodna. Den var öm men värkte aldrig. I början af februari sökte han hjälp vid Sabbatsbergs sjukhus, där incision gjordes, och han sköttes där i två veckor polikliniskt. Då såret syntes honom nästan läkt, skötte han sig sedan själf, men såret började inom kort att åter förstoras och varsekretionen ökas. På sista tiden har pat. ej känt sig »frisk i kroppen», haft feber och dålig matlust. Sedan jul har pat. ibland besvärats af reumatiska smärtor i vänstra sidan, i synnerhet vid rörelser. Massage har lindrat dem. Han intogs d. 30/3 och hade då 38,2°.

*Stat. præs.* d. 31/3 92. Han ser frisk och stark ut men känner sig litet olustig och klagar öfver håll-liknande smärtor i vänstra lumbal-regionen vid rörelser af bålen. Aptiten dålig. Sömmen orolig. Å högra sternalhalfvan midt för fästena af 3:e och 4:e reffbensrosken finnes ett sår af ett par cm:s längd med rodnad i omgivande hud, utfyllt af gråbruna granulationer. I såret mynnar en rakt utåt löpande fistelgång, hvari sond kan införas i 7 cm:s utsträckning. Blottadt ben

kan ej kännas. Vid tryck öfver tredje och fjärde högra reffbensbroset ömmar patienten ganska betydligt ända ut till mamillarlinien, och i hela denna utsträckning finnes en tydlig ansvällning af njukdelarna.

Från inre organ intet att anmärka. Urinen normal. — Temp. på aftonen 39,4.

D.  $\frac{2}{4}$ . Temp. har småningom gått ned till 37,6 i dag, hvarför pat. intogs till

*Operation.* Fistelgången klöfs i hela dess utsträckning och renskrapades. Först i dess laterala ände (i mamillarlinien) träffades en på djupet ledande fistel, som kunde följas till en bakom 4:e reffbenet liggande abscesshåla. En hård fans där framför i brosket nära dess kostala ände, hvarför nästan hela brosket jämte 1 cm. af reffbenet resekerades. Såret förenades i yttre delen, men i dess mediala inlades tampong. Temp. på aftonen 39.

D.  $\frac{3}{4}$ . Temp. 40,4—39,8. Öfver högra lungan från spina scapulae och ända ner dämpad ton och bronkielt resp. ljud. Inga rassel.

D.  $\frac{4}{4}$ . T. 38,5—39,8. Tampongen uttages.

Under de följande dagarna bättrades tillståndet raskt, så att temp. d.  $\frac{8}{4}$  var nere på 37,5, och öfver lungan höras resolutionsrassel och strävt vesikulärt resp. ljud. — Ur såret täml. ymnig sekretion.

D.  $\frac{2}{5}$ . Såret i det närmaste läkt. En del slappa granulationer bortskrapades.

D.  $\frac{25}{5}$ . Utskrefs pat. nästan läkt.

Samme man, 23 år, inskr. d.  $\frac{15}{6}$  92, A. J. nr 206, utskr. d.  $\frac{7}{7}$  92.

*Anamnes.* Pat. utskrefs från lasarettet den  $\frac{25}{5}$  med en liten obetydlig fistel. Han sköttes några gånger å polikliniken, men då sekretionen ökades och en längre fistel konstaterades, intogs han åter.

*Stat. pres.* d.  $\frac{15}{6}$  92. Resp. ljudet fr. lungorna anmärkningsvärdt svagt. Eljest intet abnormt fr. inre organ. I inre hälften af det omkr. 10 cm. långa ärrret efter den här gjorda resektionen af 4:e reffbensbrosket öppnar sig en fistelgång, som löper i 2 cm:s utsträckning inåt åt sternum till, men därjämte finnes en i tredje interstitiets riktning utåt löpande, 6 cm. lång gång under m. pectoral. major. Pat. har ingen värk och ömmar ej vid tryck.

*Operation* d.  $\frac{18}{6}$ . Det gamla ärrret öppnades i hela dess utsträckning, och den horisontala fistelns väggar bortskuros omsorgsfullt. Den inre fisteln ledde in i en, bakom den kvarlemnade lilla mediala stumpen af 4:e brosket in på plevran liggande abscesshåla. Först efter aflägsnande af detta broskestycke (1—2 cm. långt) kunde varhålan fullständigt rengöras. Sternum friskt. Såret hopsyddes utom dess mediala ände, där en jodoformgas-tampong inlades.

D.  $\frac{25}{6}$  uttogos suturerna. Obetydlig sekretion.

D.  $\frac{7}{7}$  utskrefs pat. nästan läkt.

Nr 4. Man, 21 år, handelsbiträde, inskr. d.  $\frac{21}{8}$  92, A. J. nr 298, utskrefs d.  $\frac{8}{9}$  92. Chondritis septica costæ VII sæ (Kand. WALLENQVIST.)

*Anamnes:* Pat. har alltid varit sjuklig samt därjämte utsatt för nattvak och öfveransträngning. För 1 månad sedan började han att hosta, fick feber och måste gå till sängs. Expektoratet rikligt, rostbrunt; efter 8 dagars sängliggande tillstötte till dessa symptom en hållliknande smärta i nedre delen af vänstra bröstorgshalvfan, denna smärta var i början svag men blef efter ett par dagar allt starkare, svårast var den vid hosta men framträdde äfven vid hvarje andetag. Den var utstrålade framifrån mot vänstra sidan. Först 8:e dagen efter suärtans uppträdande började patienten märka svullnad å det smärtande stället. Denna har sedan jämt tilltagit, tils den för 6 dagar sedan nådde sin nuvarande storlek.

*Stat. præsens* d. 21/8 92. Å vänstra brösthalfvans nedre del märkes en jämnt kullrig ansvällning, sträckande sig upptill till sjätte refbenet, nedåt till 10:e refbenet, utåt till mellersta axillarlinien och inåt till 6 cm. utom medellinien. Huden oförändrad. Uppdrifningen kännes ganska fast till konsistensen, ej förskjutbar mot underlaget. Pat. ömmar vid palpation öfveralt öfver tumören, men mest öfver dess midt, där fluktuation kan upptäckas. Vid hvarje andetag liksom vid gående får pat. svåra hugg i svulsten. Han känner sig ständigt trött och matt. *Från lungor och hjärta intet att anmärka.* Urinen normal, temp. 37,8. Några svullna lymfkörlar i axillerna.

*Operation* d. 27/8. Insnitt lades parallelt med 7:e refbensbrosket, hvarvid en varhåla öppnades, från hvars bakre vägg tvänne fistlar ledde in i brosket. Detta exstirperades i hela sin utsträckning. Det visade sig vid klyfning innesluta en 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. lång, 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. djup håla med granulotionsklädda väggar och brosket i dess omgifning missfärgadt och blodprickigt. Äfven bakom brosket fanns en med den yttre kommunicerande abscesshåla. Såret förenades. D. 2/9 och 5/9 uttogos suturerna. Såret läkt p. p. Pat. utskrefs d. 8/9 frisk.

**N:r 5.** *Man*, 58 år. handlande, inskr. d. 17/5 93, A. J. n:r 168. Utskr. d. 14/7 93. Chondrit. typhosa cost. VI et VII d:æ (kand. P. WERNER).

*Anamnes.* Inga ärftda anlag. Miines ej någon sjukdom förr, än en frossa vid 30 års ålder. Året därpå långvarig hosta, som efter ett par år upphörde genom begagnande af hög diet. Hans krafter, som under denna tid varit nedsatta, höjdes åter, och vid 35 års ålder var han åter fullt frisk, ända tils han i september 1892 insjuknade i nervfeber. Den visade sig i början lindrig, men den 1 oktober fick han en svår tarmblödning (minst 2 liter). Han var sedan mycket matt och svag, oaktadt inga nya blödningar uppträdde, och nervfebern ansågs häfd omkring den 1 november. Först den 15 januari kunde han lemna sängen. I slutet af nämnda månad började han känna en och annan lindrig stickning strax till höger om sternum, ungefär vid sjätte refbensbroskets fäste. Efter ett par dagar syntes huden däröfver litet rodnad, och någon ömhet förmärktes vid vidröring, hvarjämte mjukdelarna svullnade. Efter några dagar brast huden, och en del blodigt var uttrann, hvarigenom pat:s subjektiva tillstånd betydligt bättrades. Sedan dess har en fistel

kvarstått med måttlig afsöndring; på sista tiden har så väl ömheten som de spontana smärtorna mycket ökat.

*Stat. præsens* d. 17/5. Patienten är synnerligen kraftigt bygd men känner sig matt och svag och orkar ej länge hålla sig uppe. Han har ofta små fryningar, men temp. är normal. Från buakens organ, lungor och hjärta intet abnormt. Matlusten dålig. Urinen ägghvitefri. Å högra bröstorgshalfvan i höjd med 6:e refbensbrosket 3 em. från sternum finnes en fistelöppning med omgifvande hud något rodnad, och hela trakten något svullen. Sond kan införas till 3½ em:s djup och träffar där öfre kanten af sjätte refbensbrosket. Pat. ömmar vid tryck endast öfver 6:e refbenets sternala ände och dess brosk. Vid andningen ingen smärta.

Den 18/5 gjordes *operation*. 6:e refbenets brosk blottades, men därvid fans äfven det 7:e angripet, hvadan båda dessa brosk aflägsnades långt utom de makroskopiska förändringarnas gräns, det sjätte utåt ända till refbenets ände. Såret förrenades ej fullständigt utan tamponerades delvis, enär mjukdelsabscessen ej kunde pålitligt desinficeras. Under den första veckan därefter feber med temp. ett par gånger på 39,2°, sedan feberfri, men suppuration ur såret. Då detta ej ville läkas, gjordes d. 14/6 ny *incision*, hvarvid ett nekrotiskt broskstycke, sammanhängande med sternum i sårets öfre del aflägsnades, hvarjämte äfven det 8:e refbensbrosket fans angripet, hvadan också detta aflägsnades. Såret hopsyddes ej fullständigt, tampon inlades. Den 15/6 temp. uppe på 39,2 men sedan blott några dagar omkr. 38°. Såret läktes småningom från botten, och pat. utskrefs nästan läkt d. 14/7 93.

**Nr 6.** *Kvinn*a från Västmanland, 50 år, inskr. d. 10/8 93, A. J. nr 289, utskr. d. 15/11 93. Chondritis typhosa cost. VI, VII, VIII et IX d. (kand. LUNDMARK).

*Anamnes.* Hon har städe haft en god hälsa, till dess hon i september 1892 insjuknade i nervfeber. Sjukdomen var lindrig, och pat. låg till sängs 1 månad. Mot slutet af denna tid började hon besväras af håll i högra sidan af bröstet. Ingen värk eller ristningar. Småningom minskades hållkänslan, men i samma mån uppträdde ömhet för beröring på ett litet begränsadt ställe nedanför högra bröstet. Det ömmande partiet sträckte sig efter hand öfver de högra nedre refbens främre ändar. Ingen ansvällning af mjukdelarna. Under vinterns lopp instälde sig äfven spontan värk å detta ställe, svårare då hon var i lifligare rörelse, upphörde vid stillaliggande. Då ingen förbättring inträdde, oaktadt behandling användes, sökte hon i januari 1893 inträde å sjukhus, där hon kvarlåg till maj s. å. Under sjukhusvistelsen gjordes ett par incisioner öfver det ömmande partiet, men huruvida något var därvid uttrann eller brosk borttagits, vet hon icke. Det nedre såret läktes snart, men en del af det öfre kvarstod under sjukhusvistelsen, och där finnes ännu en öppen fistel. Någon förbättring f. ö. efter operationen förmärkte hon ej, utan värken och ömheten kvarstodo tämligen oförändrade, hvadan hon sökte inträde och intogs vid Serafimerlasarettet d. 10/8 93.

*Stat. præsens* d. <sup>10</sup> s 93. Pat. har ett friskt utseende, hullet väl utveckladt. Puls jämn och kraftig, 68. Urinen normal. Hon går med kroppen något framåtlutad och öfver åt den sjuka sidan samt håller gärna handen tryckt mot det sjuka stället. Hon erfar vid lyftning af högra armen i mer än rät vinkel smärta, hvadan hon undviker större rörelser i skulderleden. Svårighet att andas djupt samt då hon skall resa sig eller lägga sig. Smärtorna äro begränsade till trakten under högra bröstet. I högra mam.-linien i vecket under högra bröstet, som är oförändradt, ses ett 5 em. långt ärr, parallelt med och sammanvuxet vid 7:e refbensbrosket. Vinkelrätt mot detta går ett ungefär 3 em. långt ärr nedåt; äfven detta är i sin öfre del fästadt vid 8:e brosket, i sin nedre förskjutbart. Där detta ärr är fästadt vid sitt underlag, ses en fistelöppning med sparsam seropurulent afsöndring. Något längre ned ses ett ärr efter en liknande fistel. I trakten kring ärran ömmar pat. öfver 7:e, 8:e och 9:e broskan. Dessa kännas närmast kring ärran ojämma, men någon tydlig uppdrifning kan ej palperas. Vid sondering af fisteln stöter man först mot 8:e refbensbrosket, kommer sedan ned i en fistel mellan detta och 9:e samt bakom det sist nämnda i en liten håla. Sondens riktning nedåt, inåt och bakåt till 5 em:s djup. Väggarna kännas öfveralt fibrösa. Ingen synnerlig smärta vid sondering. Från inre organ intet att anmärka.

*Operation* d. <sup>11</sup>/s. Ett bågsnitt af 10 em:s längd med konvexiteten uppåt lades under högra mamma öfver 8:e och 9:e refbensbrosken samt från detta snitts högsta punkt ett nytt snitt rakt ned. Genom dessa snitt blottades de båda nämnda refbenen. Den ofvan omtalade, med sonden konstaterade abscesshålan befans fortsätta sig längs 9:e brosket till dess förening med det 10:e. Hela abscesshålan blottades genom resektion af åttonde och nionde broskan, som båda hade kariösa förändringar men dock ej aflägsnades ända fram till sternum. Såret förenades men med tamponad i lägsta delen. Den <sup>21</sup>/s uttogos suturerna. Någon afsöndring där tampongen legat, hvarför såret fortfarande tamponerades. Den <sup>23</sup>/s. Då varsekretionen altjämt fortfarande, göres i dag *ny operation* i gamla ärran. Det befans då, att under de sammanväxta främre ändarna af 7:e och 8:e broskan bildat sig en med var och granulationer fylld gång. Därför resekerades nu dessa båda brosk ända till sternum, och äfven af det ofvan liggande 6:e brosket bortskars en del. De gamla operationssären skrapades. De resekerade broskan visade på sina djupa ytor en uppjukning af substansen, motsvarande den omtalade gången. Jodoformtamponad. Öppen behandling. D. <sup>24</sup>/s. Tillståndet tillfredsställande. Pat. klagar endast öfver någon smärta vid andningen. D. <sup>13</sup>/10. Hon vistas från i dag uppe. Såret vackert granulerande. D. <sup>15</sup>/11 93. Pat. utskrifves nästan läkt.

**N:r 7.** *Kvinna*, 48 år, hustru, inskr. d. <sup>5</sup>/12 93, A. J. n:r 402, utskr. d. <sup>18</sup>/12 93. Chondritis septica costæ V sin. (kand. GRAFSTRÖM).

*Anamnes.* Intet ärftligt sjukdomsanlag. Hon har varit frisk och stark till för 2 år sedan. Genomgått 6 partus. För 9 år sedan ope-

rerades hon å härvarande sjukhus för en tumör strax under vårtan å vänstra bröstet. Hon hade haft den 1 år, den hade växt raskt på sista tiden, var mjuk och blåsvart till färgen. Det skar och riste i den. Hon har i 9 år haft ett ödem i händerna men i öfrigt varit frisk. Intet bröstlidande, ej symptom af lues. I maj 1892 hade pat. öfveranstängt sig med tvätt tre dagar å rad och sjuknade strax därefter i njurinflammation, låg 6 veckor till sängs, var mycket svullen. Samtidigt fick hon smärtor och ristningar i vänstra bröstkorgranden ungefär i mam.-linien på ett helt begränsadt område. I juni kände hon på detta ställe en 5-öre-stor ansvällning, som ömmade och var i midten mjuk. Den 9 juni opererades hon därför, och efter 3 veckor var såret läkt, och under denna tid voro smärtorna borta, men redan efter några dagar visade sig i ärret en upphöjning, som efter omkring 14 dagar brast och gaf så anledning till en fistel. Denna blef af läkare flere gånger skrapad, velar infördes. Snart instälde sig åter värk i vänstra bröstkorgranden i förening med frossbrytningar och svårighet att andas. Pat. opererades åter, men vet ej buru, och läktes inom en månad. Efter kort tid bröt dock åter i ärret upp en fistel. Ytterligare 3 gånger opererades hon, två under hösten 1892, en i januari d. å. Värk och ristningar (i förening med frossbrytningar) på bestämda fläckar instälde sig för hvar gång högre upp längs efter bröstkorgranden, och för hvar gång opererades hon. De två sista gångerna borttogos broskstycken. Efter hvarje gång har dock en ny fistel uppkommit och de gamla kvarstått. Hela våren 1893 sköttes hon af läkare, som skrapade och tamponerade de 5 fistlarna. På eftersommaren voro de alla läkta. Från årets början och fortfarande har hon dock känt sig matt och svag. För 5 veckor sedan (början af november) fick hon åter snärtor och stickningar på en begränsad fläck i mamil. linien i höjd med 5:e refbenet. Äfven frossbrytningar började åter och ha på de 2 sista veckorna uppträdt hvar natt. Värken har spridt sig på sista tiden längs refbenet bort mot ryggen och tilltagit; då hon andas djupare, hugges det till på det onda stället. Hon har ock svårt att ligga på någondera sidan. Hon har ock under denna tid betydligt afmagrat. D. 1/12 besökte hon härvarande poliklinik samt företedde då öfver 5:e vänstra refbenet i mam. linien en bönstor fluktuerande tumör, som vid punktion gaf en serös vätska.

Hon intogs d. 5 12.

*Stat. præsens* d. 6 12. Hullet enligt uppgift mycket reduceradt, krafterna nedsatta. Pulsen liten, mjuk, 70. Hjärttonerna rena. Från lungorna intet abnormt. Urinen klar, håller ägghvita. Temp. afebril. Pat:s subjektiva symptom se ofvan! Vid inspektion iakttagas i parasternal-linien på vänstra sidan omedelbart under vänstra mamma 4 ärr efter fistelöppningar i rät linie ofvan hvarandra från 5:e till 7:e refbens-brosket; de förenas af ett lineärt ärr, och strax till vänster därom vid basen af proc. xiphoides är ett 5:e fistelärr. Mjukdelarna indragna i ärr-trakten, och vid palpation kännes en defekt i broskbågarnas utsträckning, angifvande, att delar af brosken blifvit borttagna. Vid tryck mot 5:e refbenet i mam. linien markerar pat. stark smärta likaså på en punkt i närmast öfre interstitium något till höger om den förra smärt-

punkten. Refbenet kännes på detta ställe i en utsträckning af ett par cm. något uppdrifvet.

*Operation* d. 7/12. Insnitt gjordes längs 5:te refbenet. Därvid anträffades framför föreningen af 5:te refbenets brosk och bendel en något mer än ärtstor abscess med tjockt, varigt innehåll. Refbenet delades därefter ett par cm. in på bendelen och lossades i samband med brosket mot sternum till. Därvid fans, till läget motsvarande den yttre abscessen, äfven en bakom brosket liggande något större abscess. Vid lossandet af brosket råkade pericardium att lederas, ty det utgjorde bakre abscessväggen; det lilla perikardial-såret täcktes genast med ett jodoformgas-stycke. Den yttre abscessen utbrändes fullständigt med Paquelin. Den djupa tvättades noggrant med sublimat och afbrändes blott i kanterna. Lesionen af hjärtsäcken vållades däraf, att brosket inåt mot sternum ersattes af fibrös väfnad, som borttogs men sammanhängde intimt med perikardiet. Såret hopsyddes nästan fullständigt, endast en liten jodoformgastampong inlades. Pat. hade under de första dagarna efter operationen svåra smärtor, »nervryckningar» och håll i vänstra sidan, än flyttande mot ryggen än mot magen. D. 13/12 laxerades hon, och därefter tyckes värken lindrats betydligt. D. 14/12 tillståndet godt. Suturen uttogos, och hela såret läkt p. p. D. 18/12 utskrefs pat. frisk.

**N:r 8.** *Man*, 29 år, porslinsarbetare, inskr. d. 24/1 94, A. J. n:r 47, utskr. d. 22/2. Chondritis typhosa cost. VIII et IX d. (kand. REUTERSKIÖLD).

*Anamnes.* Förut alltid frisk — med undantag af ett anfall af »reumatisk värk», hvarför han under mars månad förra året vårdats å Sabbatsbergs sjukhus — insjuknade han i början af sislidue november i nervfeber. Han låg till sängs nära 3 veckor, första tiden med stark feber. Strax efter det han kommit upp igen, kände han ömhet i nedre delen af bögra bröstorgshalvvan, särskildt då han tog ett djupare andetag, lyfte upp högra armen eller intog höggersidigt läge. Ömheteu vid beröring var lokaliserad till en helt liten fläck, hvarest denna var belägen, kan ej nu noga uppgifvas. Inom kort uppstod en allt större svullnad. Under tiden från den 23 december — 18 januari besökte han polikliniken på Sabbatsberg, där för honom ordinerades liniment, våta värmande omslag och jodkalium. — Svullnaden tilltog alltjämt trots denna behandling. Han besökte Serafimerlasarettets kirurgiska poliklinik d. 22/1 samt intogs å sjukhuset d. 24/1.

*Stat. præsens* d. 24/1. Kroppskonstitution och krafter goda. Från lungor och hjärta intet abnormt. Urinen normal. Ingen feber. Öfver nedre delen af högra bröstorgshalvvan märkes en tumör med formen af en stympad triangel med basen (8 cm. lång) ungefär i främre axillarlinien, och de båda andra sidorna (9 cm. långa) träffande hvarandra midt emellan mamillar- och parasternallinierna. Den främre ytan jämnt hävfd, högst där mamillarlinien skär 9:de refbensbrosket. Huden öfveralt af normal färg, låter vecka sig utom öfver den högsta punkten. Tumören är af fast konsistens, väl begränsad, synes fast sammanhänga



med refbensbrosken. Af dessa kunna det 7:des öfverkant och det 9:des underkant palperas, det mellanliggande är fullt oåtkomligt för palpering. Patienten har ingen värk och ömnar blott öfver högsta hvälningen af ansvällningen.

*Operation* d. <sup>25</sup>/<sub>1</sub>. Ett snitt längs 8:de refbensbrosket från bröstkorgsranden till mamillarlinien och ett annat längs bröstkorgsranden från proc. xiphoides till mamillarlinien. 8:de refbensbrosket i hela dess längd jämte 1 cm. af benet aflägsnades genom trubbigt utlossande. I brosket strax vid benet fans nämligen en omkr. 10-öre-stor hård, ned-sänkt, af brunröd färg, med ojämna, naggade kanter och seropurulent innehåll; därjämte funnos i denna hålds omgifning flere mindre, knapp-nålshufvudstora hårdar i brosket. Då förändringarna i de mjuka delarna sträcke sig äfven ned till 9:de brosket, aflägsnades äfven däraf ett stycke. Såret förenades, utom där drän inlades, med djupa och ytliga suturer. D. <sup>26</sup>/<sub>1</sub> bortogs dränröret. Klagar öfver smärtor vid andningen. D. <sup>30</sup>/<sub>1</sub>. En del djupa suturer uttogos, enär någon retning visade sig ikring ett par stickkanaler. Ingen feber. D. <sup>1</sup>/<sub>2</sub>. Alla suturerna aflägsnades. Ännu någon ömhet vid andningen. Från dränhållet ett par droppar seropurulent vätska. D. <sup>20</sup>/<sub>2</sub>. Tills nu har från dränhållet vid hvarje omläggning funnits litet seropurulent sekretion. I dag synes hålet läkt. Ingen ömhet. D. <sup>22</sup>/<sub>2</sub>. Utskrifves läkt.

Den bakteriologiska undersökningen af varet gaf renkultur af tyfusbacillen.

**N:r 9.** *Man*, apotekare, 51 år — under privat behandling fr. d. <sup>30</sup>/<sub>9</sub> 92—<sup>16</sup>/<sub>10</sub> 93. Chondritis posttyphosa cost. V et VI sin.

*Anamnes.* Han har i allmänhet haft god hälsa. Hade dock redan som baru en ovanlig fetma och vägde vid 19 års ålder 14 pund. Tecken på svag hjärtverksamhet framträdde ock tidigt. Han svimmade lätt, och från sitt 27:de år har han på ojämna mellantider, ofta dock 2—3 gånger i månaden, utan känd anledning fått anfall af medvetslöshet, oftast korta men särskildt en gång (1872) fortfarande under flere timmar med ytterligt svag hjärtverksamhet. Därefter begagnade han sig i 8 år af gymnastik och fick under denna tid inga anfall. — Af sjukdomar har han blott vid 12 års ålder genomgått en svår tyfus. Inga ärftliga sjukdomsanlag. — De sista dagarna af mars 1892 sjuknade han åter i tyfus, som fick ett ganska allvarligt förlopp med hög feber, blodiga öppningar och mycket oroande symptom från hjärtat. Efter 6 veckor kom han upp men var mycket matt och sjuknade om efter ett par veckor i feber, som höll sig öfver en månads tid omkring 39° med lätta frossbrytningar. Under denna tid i början af juni märkte han tillfälligtvis vid ett bad en oöm. hård uppdrifning vid vänstra sternalranden i höjd med 4 och 5 brosket. Huden var på ett litet ställe rodnad. Någon tid därefter började ömhet och ansvällning visa sig något nedom detta ställe vid nedre kanten af bröstkorgen. Denna svullnad ökades och gaf anledning till smärtor, hvilka tyddes som reumatiska och behandlades med massage under omkring 3 veckor. Febern forfor under hela juli och början af augusti men hade nedgått till 38° om kvällarna

D. <sup>16</sup>/<sub>8</sub> gjordes första gången en incision å det öfre stället, hvarvid utkon litet blod och var. Smärtorna lindrades betydligt däraf, men den nedre ansvällningen vållade snart nog olidliga plågor. Han gick ständigt framåt lutad och kunde ej kläda sig utan hjälp. I början af september gjordes incision äfven å det nedre stället, som ännu kändes »som en hård bulle». Var framkom dock först efter 4 dagar, och sond kunde nu införas i 4 cm:s längd mot toraxrauden. Smärtorna lindrades nu, efter hand som afsöndringen från såret ökades. Hjärtat hade under denna tid blifvit mycket svagt, och han hade en gång ett anfall af medvetslöshet under 10 minuter. Jag såg patienten första gången d. <sup>30</sup>/<sub>9</sub> 92. Farhågan för narkos förmådde mig att ännu en tid försöka med enkel dränering af abscessen, men då detta ej ledde till förbättring, gjorde jag d. <sup>2</sup>/<sub>11</sub> 92 första operationen, hvarvid stora stycken af 5:te och 6:te brosken aflägsnades. Såret förenades men måste åter öppnas och tampon inläggas. D. <sup>16</sup>/<sub>1</sub> gjordes ny operation, hvarvid ett omkring 3 cm. långt stycke af det 5:te brosket aflägsnades. D. <sup>3</sup>/<sub>5</sub> gjordes endast ny delning af de mjuka delarna mellan de 3 kvarstående fistlarna. D. <sup>5</sup>/<sub>6</sub> öppnades åter såret, och ett nekrotiskt stycke af 5:te broskets kostala ände aflägsnades. Fisteln stod dock öppen hela sommaren 1893. D. <sup>16</sup>/<sub>9</sub> 93 inciderades och skrapades, men utan att brosk någonstädes påträffades, hvarför hela såret förenades med 9 suturer. Först d. <sup>16</sup>/<sub>10</sub> 93 var hela såret läkt. Patientens allmänna tillstånd hade redan efter första operationen höjt sig och var nu godt. Alla narkoserna gingo normalt utan obehag från hjärtat.

**N:r 10.** *Man*, 30 år, skutskeppare, inskr. d. <sup>14</sup>/<sub>5</sub> 94, utskr. d. <sup>1</sup>/<sub>6</sub> 94. Chondritis septica cost. IV sin. (kand. HEDENIUS).

*Anamnes.* Patientens fader lefver frisk, modern sjuklig, har förr hostat blod. Syskon friska. Själ i allmänhet frisk. Svåra näsblödningsar under gossåren, blöder fortfarande länge, då han sårat sig. I januari 1892 häftigt insjuknande med frosskakningar, som det tyckes, i lunginflammation (håll, upprepade frysningar och någon hosta). Efter denna sjukdom har håll ständigt stått kvar, lokaliseradt till vänstra bröst-korgshalvans främre yttre del och i synnerhet känts vid djup respiration eller minsta ansträngning. En läkare, som undersökte honom två månader efter sjukdomen, förklarade honom lida af lungsot. En under sommaren rådfrågad läkare ordinerade V. V. o. På hösten rådfrågades läkare i Helsingfors och förklarade, att lungorna voro friska, och att hållet nog skulle gå öfver, samt uppmanade honom gå i arbete. Detta gjorde han ock under vintern 92—93, och hållet minskades men upphörde aldrig riktigt. Under en resa från Piteå i slutet af september 93 insjuknade ett par af besättningskarlarna på hans skuta och i början af oktober äfven pat., alla tre blefvo intagna på sjukhus på Åland, där läkare diagnosticerade tyfus. Han var den starkast angripne med hufvudvärk, diarré och hög feber samt någon hosta med »varliknande» expektorat. Samtidigt med eller kanske någon dag före insjuknandet i nämnda sjukdom märkte han en hönsäggstor, skarpt begränsad och rodnad svullnad strax nedom vänstra bröstvärtan. Den var mycket öm, så

att han ej kunde ligga på vänstra sidan eller röra vänstra armen. Han kan ej erinra sig, om det altjämt förefintliga hållet i denna sida tilltagit vid denna tid. Under de 7 veckor, han vistades vid lasarettet, punkterades det rodnade partiet, hvarvid uttömdes »några droppar blod». Vid utskrifningen var svullnaden flathandstor och ökades småningom därefter, att den intog största delen af vänstra främre bröstorgshalvvan och sköt öfver på den högra bort mot manillarlinien. Hållet tilltog härunder, han måste intaga sängen, fick feber och retsam hosta utan expektorat eller dyspné. I slutet af december 1893 gick hål i högra nedre hörnet af svullnaden, och blodblandadt var utram. Grötter ordinerades och hålet läktes åter. I februari 1894 måste dock svullnaden åter öppnas af läkare på ungefär samma ställe. Därvid uttrann »mest blod, föga var». Sedan stark sekretion och i midten af april så svår blödning ur såret, att han åter intogs på Mariehamns lasarett. där läkaren öppnade den nedre vänstra delen af svullnaden, bortskrapade en del granulationer och »brände såret». Då ytterligare åtgärder visade sig nödiga, hänvisades han till Serafimerlasarettet, där han intogs d. 14/5 94.

*Stat. præsens s. d.* (meddeladt af dr RISSLER). Pat. har tämligen godt hull och ganska friskt utseende. Matlust och sömna goda. Lungor och hjärta visa inga sjukliga förändringar. Temp. 37,2°. Puls jämn och med normal frekvens. Urinen sur, 0 alb. Han klagat öfver håll i vänstra sidan, speciellt vid djup inspiration. Öfver den nedre delen af sterni vänstra kant samt angränsande refbensbrosk ett ungefär 1/2 □ decimeter-stort, triangulärt sår efter den senaste operationen. Botten bildas af sternalkanten och 4:de refbensbroskets förening med sternum, täckta af friska, röda granulationer. Från öfre vinkeln af detta sår sträcker sig en 12 cm lång fistelgång uppåt under huden, en liknande fistel utåt och nedåt mot vänstra samt en kortare uppåt utåt. Från den sist nämnda leder en smal fistelgång genom det 4:de refbensbrosket till en bakom det samma belägen mindre håla, hvars bakre vägg, mätande ungefär 3 □ cm., bildas af pleura och pericardium, då den främre åter bildas af det kariöst urhålkade 4:de refbensbrosket. Sårtytan är rikligt secererande, och äfven ur fistlarna uttrinner var.

D. 15/5 företogs operation under kloroform-narkos. Den omtalade sårtytan utskrapades, hvarefter alla tre fistelgångarna klöfvs och utröjdes. Det fjärde refbensbrosket resekerades i hela dess utsträckning, hvarefter den bakom befintliga hålan utskrapades, hvarvid perikardiet blottades. Fistelgångarna hopsyddes, men varhålan uttamponerades med jodoformgas. D. 24/5 aflägsnades suturerna. D. 1/6 utskrefs pat. för att vidare låta sköta sig vid Mariehamns sjukhus. Fistelgångarna äro läkta, men såret är öppet i den utsträckning, som den ofvan nämnda huddefekten hade. Allmänna tillståndet godt. Han har vistats uppe ett par dagar och vill hem.

**Nr 11.** Man, 45 år, mekanisk arbetare, intogs d. 24 s 94, utskr. d. 1/9 94. Chondritis tuberculosa cost. V sin. (kand. NORDLANDER).

*Anamnes.* Inga anlag för tuberkulos inom släkten. Som barn mässling, vid 25 års ålder nervfeber, därefter fullt frisk, tills han för

9 år sedan började ansättas af hosta (han hade under några år förut delat rum med en person, som afled i lungdot). Under de följande åren hostade han några gånger blod i små mängder. Har småningom magrat, krafterna ha aftagit, och förutom af hosta har han plågats af andfåddhet. För 3 år sedan hade han enligt läkares utsago vänstersidig lung-säcksinflammation, var efter 1 månad återställd. Någon tid därefter, inemot  $\frac{1}{2}$  år, märkte han en liten ansvällning på framsidan af vänstra brösthalvvan på samma ställe där nu en fistel finnes. Den var mjuk och tillväxte så långsamt, att den  $1\frac{1}{2}$  år därefter vid midsommar 1893 vid hans första besök å lasarettets poliklinik hade storleken af ett plummon. Ingen värk eller egentlig ömhet. Huden däröfver något rodnad, som han trodde i följd af skjortans skafning. Diagnosen i poliklinik-journalen lydte på »atheroma», och behandlingen utgjordes af excision. Efter omkring 14 dagar var såret läkt med undantag af ett knappnålsfint hål, hvarur utsipprade en ytterst sparsam mängd, tunn, gulaktig till krusta torkande vätska. Detta fortfor, ända till dess han den 24/s 94 sökte inträde härstädes, dock med undantag däraf, att hålet under kort tid för 7 veckor sedan varit täpt, hvarvid svullnad åter uppstått på samma ställe som förut.

*Stat. præsens* d. 24/s 94. Ordinär kroppsbyggnad. Klent hull. Nedsatta krafter. Blek hudfärg. Inga tecken på lues. Intet abnormt från hjärta, njurar och digestionsorgan. Öfver båda lungspetsarna obestämmt andningsljud och hårda rassel i synnerhet talrika å vänstra sidan, där de höras ända ned mot mamillen. Nedtill vesikulärt ljud utan rassel. Sputa innehöllo rikligt med tuberkel-baciller. På framsidan af vänstra bröstkorghalvvan, 5 cm. från medellinien i jämnhöjd med basen af proc. ensiformis, finnes ett litet flackt sår med granulerande yta och underminerade kanter. Det ligger i yttre delen af ett 4 cm. långt, horisontelt ärr. Sond intränger i 4 cm:s utsträckning i riktning uppåt, utåt och bakåt och tyckes på djupet tränga in i 5:te refbensbrosket. Hela omgifningen af såret något svullen, och det förefaller, som själfva brosket därunder vore uppdrifna. Ingen tryckömhets, inga spontana smärtor.

*Operation* d. 25/s. 10 cm. långt snitt, något bågformigt nedåt. Excision af hela 5:te refbensbrosket i sammanhang med ett par cm. af det till utseendet alldeles friska benet, fisteln och den närmast kring öppningen liggande buden. Fisteln förde in i en håla i själfva brosket. Sekundära suturer efter en dags tamponad. D. 1/9. Patienten utskrefs i dag efter fullständig läkning p. p.

**N:r 12.** Man, 23 år, bokhållare, intogs d. 7/11 94, utskr. d. 24/11. Perichondritis syfilitica eost. V sin. (kand. CLASON).

*Anamnes.* Fadern haft upprepade lunginflammationer; brodern sedan flere år symptom af lungdot. Pat. har ej under sista tiden bott i hemmet. Han har allt sedan barndomen varit synnerligen frisk; endast mässling. Förnekar lues och gonorrhé. 1893 i juli sjuknade han hastigt med svårt håll i vänstra brösthalvvan och antager som orsak, att han efter en häftig kapplöpning druckit iskallt vatten. Läkare angaf

diagnosen: »torr lungsäcksinflammation». Han låg 14 dagar, var sedan uppe, ehuru ej fullt frisk. I början af oktober återkom sjukdomen med samma symptom. Han inkom då d. 12/10 på lasarettets med. afdelning, där han vårdades till den 1/11 under diagnos: »Pleuritis exsudativa lat. sin». Behandling: Cing Nept., salicyl natric. Ingen abnormitet i bröstväggen under denna tid bemärkt. Vid utskrifningen kvarstod nedtill å vänstra lungans baksida en viss dämpning och försvagad respiration samt gnidningsljud, men ingenstädes hördes under hela tiden några rassel. I slutet af december instälde sig värk i de ytligare delarna af vänstra bröstorgshalfvan. Läkare förklarade det vara muskelinflammation, och han behandlades med massage och liniment. Den utbredda ömheten minskades under denna behandling, men i stället uppträdde å begränsadt ställe något nedom vänstra mamillen en ansvällning, och i februari 1894 började huden däröfver bli litet röd och öm. Ansvällningen växte under 1 månad, så att den blef 5 cm. i diameter och 2 cm. i höjd öfver omgifningen, fast till konsistensen och starkt ömmande. Däremot obetydlig värk, ingen smärta vid andning men vid rörelser med vänstra armen. Ända till i maj var tillståndet nästan oförändradt med den skilnad, att ansvällningen blef mjukare i centrum. Han besökte nu den medicinska polikliniken, där svullnaden inciderades, hvarvid en mängd var utkom. Under 1 månad behandlades han sedan af fältskär, och därefter skötte han sig själf. Under denna tid förminskades väl såret, men afsöndringen fortfar. Hans allmänna tillstånd har sedan i maj försämrats i det afseende, att han afmagrat och känt sig alt kraftlösare. Ingen hosta eller nattsvett. Han intogs d. 7/11 på lasarettets kir. afdelning.

*Stat. præsens* d. 7/11 94. God konstitution. Betydligt nedsatta krafter, reduceradt hull och något blek hudfärg. — I vänstra axillen en bönstor körtel. *Hjärtat* intet abnormt. Något förlängdt exspirium öfver båda lungorna. Sparsamma ronehi sonori öfver vänstra lungspetsen. *Urinen* normal. I femte vänstra refbensinterstitiet rakt nedanför mamillen finnes ett aflängt sår, 3 cm. långt, 1 cm. bredt, gående i refbensens riktning, med slapt granulerande ränder och ringa varafsöndring. En sond kan genom en i dess botten synlig djupare och mindre öppning föras snedt uppåt och inåt i 4 cms utsträckning och tyckes därvid gå in bakom 5:te refbensbrosket utan att träffa ben. Huden i omgifningen i 5 cms utsträckning tunn och rodnad. Vid palpation ömmar han å 5:te refbenet ofvan och medialt om såret, betydligt öfver 5:te interstitiet i synnerhet strax nedom såret, likaså å 6:te refbensbrosket nedom såret. Någon förändring af brosken kan ej upptäckas genom palpation.

D. 8/11 *operation*. Såret kringskars i frisk hud, och den underliggande abscessen fripreparerades från omgifvande frisk väfnad utan att öppnas. Då man följde den uppåt, befans den å några cms utsträckning fast adherera till 5:te refbensbrosket, från hvilket den altså antogs haft sitt ursprung. Detta brosk exartikulerades därför i sin sternalförbindelse och utlossades i hela sin längd samt aflägsnades i samband med ett par cm. af sitt refben. Nedåt adhererade abscessen något vid 6:te refbenet, men då detta föreföll friskt, lossades endast dess vägg därifrån. Sårslukningen stördes genom bildandet af en liten abscess i sårets laterala

del, men efter partielt skiljande af de läkta sårändarna och införande af en liten jodoformgasvel försvann hastigt smärtorna, och temperaturen, som under dagarna <sup>11-18</sup>/<sub>11</sub> stigit, blef åter normal. Den <sup>22</sup>/<sub>11</sub> fick han lemna sängen och utskrefs den <sup>24</sup>/<sub>11</sub> i det närmaste läkt, endast en liten fistel kvarstod. Han sköttes sedan på polikliniken, men först efter en i början af mars 1895 företagen skrapning läktes detta sår fullständigt.

Ungefär vid denna tid uppstod emellertid en svullnad öfver 8—9:de refbenet i vänstra bakre axillarlinien utan nämnvärda obehag. Han intogs åter på lasarettet d. <sup>17</sup>/<sub>4</sub> 95. D. <sup>20</sup>/<sub>4</sub> lades ett 6 cm. långt snitt längs efter det 9:de refbenets mest laterala del öfver nämnda svullnad. Den befans utgöras af en skarpt begränsad, lös och något gelatinös granulationssvulst utan något samband med refbenen men fast vidsittande mjukdelarna i 8:de refbensinterstitiet. Såret hopsyddes, och läkning inträdde så hastigt, att han utskrefs läkt d. <sup>30</sup>/<sub>4</sub>.

Den utskurna granulationssvulsten undersöktes på patologicum och förklarades af prof. KEY med sannolikhet vara ett syfilom. — Senare gjord undersökning af preparatet från den första operationen ådagalade äfven dess syfilitiska natur — brosket friskt, ett djuptliggande smält mjukdelsgumma, som nådde upp till broskets undre kant och vållat förjockning af perikondriet å broskets framsida.

**N:r 13.** *Kvinna*, 58 år, hustru, intogs d. <sup>15</sup>/<sub>2</sub> 95, ntskrefs d. <sup>11</sup>/<sub>5</sub> s. å. Chondritis typhosa eost. V, VI, VII sin. (kand. HOLMGREN).

*Anamnes:* Inga anlag för tuberkulos eller svulstbildning, förnekar lues. För ungefär 3 år sedan låg pat. under 2 månader svårt sjuk i *nervefeber*. Hon hade redan under denna sjukdom värk i benen, men först efter <sup>1</sup>/<sub>2</sub> år uppstodo svullnader å båda *underbenen*. De öppnade sig spontant, och en liten mängd var uttrann. Hon sköttes sedan polikliniskt å sjukhus, och efter 4—5 mån. voro såren läkta. Intet ben hade kommit ut. Vid denna tid uppstod en liknande svullnad å högra öfverarmen och blef stor som ett hönsägg. Hon intogs då på samma sjukhus, abcessen öppnades, flere benbitar uttogos, och efter 7 veckor var såret läkt. Hon var sedan frisk till *kort före julen 1894* (således omkring 2 år), då en bulnad af samma utseende som de föregående uppstod strax nedanför vänstra bröstkörteln. Sedan den blifvit ungefär hönsäggstor, öppnade den sig under tiden mellan jul och nyår. Då såret trots utförd skrapning, hvarvid »en benbit» skall ha utkommit, ej läktes. sökte hon inträde vid lasarettet och intogs d. <sup>5</sup>/<sub>2</sub> 95. Hon hade under tiden för den sista bulnadens bildning ej haft frysningar, feber eller hosta.

*Stat. præsens* d. <sup>5</sup>/<sub>2</sub> 95. Konstitution och krafter goda. Allmänna hudfärgen normal. Insänkta, vid benen fästade ärr efter de nämnda bulnaderna i extremiteterna. Från hjärta och lungor intet att anmärka. Omedelbart nedanför den slapt nedhängande vänstra bröstkörtelns undre kant är huden insänkt, bildande en djup fåra i 7:de refbensmellanrummet, och ungefär midt i denna fåra öppnar sig en starkt seernerande fistelgång. Vid sondering tränger man här 2 cm. horisontelt inåt mot medellinien och tyckes där stöta mot ofvanför liggande reflensbrosk.



Huden är i stort omfång kring fistelöppningen starkt röd i följd af ett fuktande, vesikulöst ekzem. Sedan detta bättrats gjordes

d.  $19/2$  operation, hvarvid snittet lades i den nämnda fåran. Fisteln öppnades. Dess botten bildades i tvåkronstor utsträckning af en indurerad granulationsväfnad, som lösdissekerades och därvid befans intimt fästad vid en ungefär bönstor exkrescens från det sjunde refbensbroskets nedre kant. Detta brosk liksom nämnda utväxt kändes alldeles behårdat, var missfärgadt (asbestvandladt) och behårdat förenadt med närmast ofvanför liggande (6:te) brosket. Resektion gjordes därför af största delen af båda dessa brosk. Såret hopsyddes, dock med inläggning af dränrör. Antagligen i följd af det ännu ej häfda ekzemet uppstod någon suppuration och kortvarig feber, som tvingade att öppna såret. Då ännu efter en månad en fistel envist kvarstod, gjordes d.  $22/3$  ny *incision* i gamla äret med förlängning af båda ändarna uppåt, så att en nedåt konvex lambå bildades. Denna slogs uppåt. Granulationerna i sårbottnen bortskrapades, och härvid blottades ett stycke af 5:te brosket åt dess kostala ände. Detta var egendomligt naggadt, liksom usurerat i hela sin utsträckning men starkast i yttre delen och aflägnades i sin helhet. Såret lemnades öppet och tamponerades. Sårets läkning fortskred sedan långsamt och jämnt med friska granulationer, men ännu vid utskrifningen d.  $11/5$  återstod ett mindre sår. Hon har sedermera skötts polikliniskt, och sår läkningen fortskridit så, att hon i början af juni var läkt.

**N:r 14.** *Man*, 32 år, teolog, inskrefs d.  $24/7$  95. Chondrit. tuberculos. cost. VII et VIII sin. Journal f. af kand. KRUSE.

Patientens farmor död i lungdot. Fadern lefver frisk. Modern död 50 år gammal i magkräfta. En syster, som genomgått »reumatisk feber» har något hjärtfel. — Han lär i barndomen haft »skrofler» men sedermera under uppväxten njutit af god hälsa. — I april d. å. började han utan känd anledning erfara smärtor, liknande reumatiska, på ett bältformigt område tvärs öfver bröstet, smärtorna lokaliserades så småningom till en punkt, belägen strax till vänster om nedre delen af sternum. Inom kort uppstod där en hasselnötstor »kula», som såväl ömmade högst betydligt för tryk som ock medförde spontana, mot vänstra axeln och armen utstrålade smärtor. Huden öfver den samma var i början normal, ej rodnad. Läkare ordinerade då massage, hvilken han undergick dagligen 1 timme under 1 veckas tid, sedermera mindre regelbundet. Under denna behandling blef huden öfver »kulan» och närgränsande område rodnad, svullnad uppstod äfven i omgifningen, hvarjämte ömheten och smärtorna så tilltogo, att pat. »måste skrika till, då detta område vidrördes». — I början af juni söktes annan läkare, som diagnosticerade »perikondrit» och tillrådde operation, som företogs d.  $10/6$  å Upsala akad. sjukhus af doc. DAHLGREN. Därvid gjordes *incision* af ansvallningen samt evidement af refbensbrosk. Han låg endast 2 dagar till sängs, sköttes sedan ambulatoriskt. Mjukdelssåret läktes bra ihop, endast motsvarande sätet för den ursprungliga kulan kvarstod en fistelgång. I denna insprutades vid hvarje omläggning jodoformglycerin, hvarefter den uttamponerades med jodoformgas. Ur fisteln



flöt i början rikligt med sekret, hvarför omläggning gjordes hvarje dag, sedermera blef sekretet mera sparsamt, och omläggningen företogs då hvarannan dag. Då såret ej läktes, sökte han, efter d:r DAHLGREN'S bortresa, inträde här.

*Status præsens* d. 24/7. Pat. är synnerligen kraftigt bygd med godt hull. Lungor och hjärta likasom öfriga inre organ förete intet abnormt. Ingenstädes svullna körtlar. Säger sig ofta ha litet »halskatarr». — Något till vänster om bröstbenets nedersta del finnes ungefär midt i ett 4—5 cm. långt, parallelt med underliggande reffen löpaude ärr, en fistelöppning, så grof, att en rännsond kan införas däri till ett djup af omkr. 3 cm. i riktning bakåt och något uppåt. I gångens botten kännes brosk. Sekretionen från såret rikligare, än hvad man kunde vänta från ett så pass litet sår.

*Operation* d. 24/7. Kloroform-narkos. Snittet lades så, att det gamla ärrret jämte fistelmynningen däraf kringskars, samt förlängdes dessutom åt båda sidor i svag båge uppåt. Hela mjukdelabscessen kringdissekerades i frisk väfnad. Dess håla befans fortsätta sig in i det sjunde reffensbrosket. Detta blottades altså i större delen af sin utsträckning och befans därvid i ungefär 3 cms utsträckning fastvuxet med åttonde brosket, så att äfven ett stycke (4—5 cm.) af detta brosk måste medtagas vid excisionen. Mot sternum gjordes delningen inom detta ben, men åt den kostala änden af brosket lemnades ett par cm. af brosket, enär delningen ändock skedde så långt från den egentliga broskhården. Ett ungefär 10 cm. långt stycke af det 7:de brosket aflägsnades och befans på 3 cms afstånd från sternum innehålla en ungefär spansknötstor håla med slappa granulationer, hvilka lemnat blott ett helt tunt skal af brosk orubbadt på baksidan. Brosket var för öfrigt i hela sin utsträckning abnormt fast och mörkt, marmorradt i brunt och gult. Hela mjukdelssåret förenades med djupa och ytliga suturer utan drän. På tredje dagen måste dock såret i  $\frac{2}{3}$  af sin längd öppnas, ty sekret-retention och infektion af sekretet antagligen i följd af ekzem i sårets närhet hade inträdt. Sårhålan uttamponerades med ömsom jodoformgas och våt kreolingas samt renades snart. Feber under  $1\frac{1}{2}$  vecka. Såret drog småningom ihop sig och granulerade vackert, men på ett ställe höll sig en djup ficka, gående intill det blottade 8:de brosket. För att hemta sig under en tids vistelse på landet utskrefs pat. d. 12/8. Han intogs åter d. 2/10. Han hade då ett mycket friskt utseende, men ännu kvarstod en granulerande strimma af gamla såret och i dess midt fans en fistel, som grenade sig på djupet i en öfre gående till laterala änden af det resekerade 7:de brosket och en nedre, gående in i en håla i det 8:de brosket. — D. 2/10 operation. Snitt i gamla ärrret. Hela det 8:de brosket resekerades nu ända in i bendelen, och vid klyfning af den öfre fisteln fans omkring  $\frac{3}{4}$  cm. vara lemnadt af det 7:de reffensbrosket, och fisteln ledde in i en granulationshåla i denna lilla stump. Reffenet delades nu  $1\frac{1}{2}$  cm. från broskgränsen, och det återstående lilla stycket af 7:de brosket aflägsnades i sammanhang med detta benstycke. Såret lemnades öppet och tampo- nerades.

**Nr 15.** *Man*, 45 år, arbetare från Buskeröd, intagen å Helsingborgs lasarett. Journalen meddelad af lasarettsläkaren, d:r G. NAUMANN. Chondrit. typhosa cost. VII, VIII, IX, X dext.

Han fick den 11 juli 1893 nervfeber och låg i sex veckor. En månad efter sjukdomens början märkte han en bönstor upphöjning öfver högra 7:de refbensbrosket. Den var öm, växte småningom. Tre veckor före inkomsten brast svullnaden, och en fistel med obetydlig sekretion uppkom. Då denna fistel ej ville läkas, inkom han den 18 januari 1894 på sjukhuset. Följande dag gjordes evidement i stor utsträckning. Detta måste upprepas den 24 mars. Han utskrefs någon tid därefter och behandlades polikliniskt, äfven med upprepade mindre skrapningar, men intogs å nyo den 10:de sept. 1894 och kvarlåg till den 17:de i s. m. Den 10:de gjordes nytt, större evidement efter debridering. Den 30:de oktober ny utskrapning polikliniskt. Han intogs för tredje gången den 16:de december och kvarlåg då blott två dygn. Processen hade nu spridt sig från den laterala änden af gamla ärret ned till brosken för 9:de och 10:de refbenen. Med sond kändes å det förra blottadt brosk. Den 17:de dec. gjordes altså ett nytt grundligt evidement. — Han behandlades sedan åter polikliniskt med smärre utskrapningar och intogs, då han försämrades, för 4:de gången den 16:de april 1895. Sagda dag gjordes evidement och resektion af de nekrotiska brosken å 7:de och 8:de refbenen. Han behandlades från den 17:de april polikliniskt med ytterligare utskrapningar. Den 2 augusti kvarstod endast en obetydlig fistel, ledande ned till 10:de refbensbrosket.

**16.** *Man*, 38 år, arbetare fr. Buskeröd, intagen å *Helsingborgs lasarett*. Chondritis typhosa costæ VIII d. Journalen meddelad af lasarettsläkaren, d:r G. NAUMANN.

Efter en genomgången tyfoïdfeber visade sig i början af april 1893 en begränsad rodnad i huden ett stycke nedom högra mamillen. I midten af samma månad gjordes 7½ cm. nedom högra mamillen en incision, därvid dock endast blod utkom. Sedan uppstod under behandling med våtvärmande omslag en obetydlig sekretion. — Den 19 juni intogs han å sjukhuset och hade då en ännu öppen fistel, som ledde in på 8:de högra refbensbrosket. Den 20 juni gjordes grundligt evidement. Han kvarlåg sedan å sjukhuset till den 2:dra september, under hvilken tid flere smärre utskrapningar, lapistoucheringar m. m. användes. Vid utskrifningen var han nästan läkt, afböjde vidare skrapning och blef småningom fullt läkt.

**17.** *Kvinn*a, 13 år, intagen å Gefle lasarett den 1/5—<sup>30.5</sup> 95. Chondritis tuberculosa cost. II sin. Journalen meddelad af lasarettsläkaren d:r C. A. BERGH.

*Anamnes:* En syster död i lungshot, för öfrigt icke någon tuberkulos i släkten. För ett år sedan hade hon en ögonsjukdom af sannolikt skrofulös natur. Hennes nuvarande onda är 3 å 4 månader gammalt, började med en ansvällning till vänster om bröstbenet i höjd med andra och tredje interkostalrummen, nående vidden af en tåkopp. Efter en

månad bildade sig på midten af sternum vid 4:de refbensbroskets fäste en mindre knöl, som först blef röd, därefter blå. Hon hade mycket ondt af sin åkomma och kunde icke soffa på nätterna. Läkare sade, att det var "karbunkel" och öppnade den, hvarvid mycket litet var framkom.

*Stat. præsens.* Hull och kroppskonstitution tämligen goda, dock föreligger en viss antydning till skrofulös habitus. Lungor och urin normala. På bröstväggen midt öfver sternum i höjd med 4:de refbensbroskparet synes en liten fistelöppning med trasiga kanter och blåröd omgifning. Ur denna flyter sparsamt en serös, grumlig vätska. Med sond kan icke blottadt ben kännas.

*Operation* d.  $1\frac{1}{5}$  95. Vid insnitt synes fisteln gå genom mjukdelarna till vänster och uppåt, tils den i höjd med 2:dra refbensbrosket nära dess kostala ände plötsligt förlorar sig i en väl hasselnötstor håla, delvis bildande en rund urholkning i sist nämnda brosk och fylld med en tjock, hvit, ostaktig massa. Själva fisteln utklädd med fula, slappa granulationer. Behandlingen utgjordes af excision af all synlig sjuk väfnad, jodoformering och dränering af själfva såret och hopsyning af fisteln. D.  $31\frac{1}{5}$  utskrefs pat. läkt.

**N:r 18.** *Man*, 42 år, arbetare, intagen på Hernösands lasarett d.  $28\frac{3}{3}$  94, utskrefs d.  $2\frac{2}{6}$ . Osteitis tub. sterni + chondritis tuberculosa costæ (?):æ. Journalen meddelad af lasarettsläkaren, d:r G. EKEHORN.

Pat. har förut varit frisk. Hans fader dog af lungsot vid 39 års ålder. För omkring 2 år sedan (1892) märkte han för första gången en öm fläck strax till höger om sternum i jämböjd med dess midt. Denna fläck ömmade vid tryck och smärtade vid rörelser, som togo de muskler i anspråk, hvilka utgingo från området för den ömmande fläcken. För ett år sedan (1893) började på nämnda ställe vid högra sternalkanten en liten knöl uppkomma. Denna knöl har sedan alltjämt tilltagit i storlek och är nu som en stor knytnäfve. Huden öfver den samma något men obetydligt rodnad. Tumören företer en tydlig fluktuation. Tid efter annan har han lidit af en lindrig hosta. Hjärt-dämpningen är något förstörd, och patienten har ett lindrigt cyanotiskt utseende. Urinen albuminfr.

*Operation* d.  $29\frac{1}{3}$ . Därvid visade sig på sternum vid dess högra kant och genom hela dess tjocklek en kariös härd i storlek som ett mindre plommon. Sidan mellan sternum och det angränsande refbensbrosket fylld med granulationer. Å refbensbroskets sternala ände de vid kondriten vanliga förändringarna. Hela den knytnäfstora hålan under de mjuka delarna var fylld med fullkomligt klar serös vätska. Endast i botten vid själfva benet omkring 3—4 cm. tjockflytande segt var, som ej var blandadt med den öfriga vätskan. Hålans väggar beklädda med en abscess-membran fullkomligt lik den vid kroniska, tuberkulösa abscesser. Denna membran aflägsnades, så att väggarna blefvo rengjorda. Den kariösa härden i sternum, den sternala änden af refbensbrosket jämte mellanliggande led borttogos, hvarpå hålan slöts efter tamponad med jodoformgas. Hudsåret läktes till största delen men måste åter öppnas

på grund af ymnig sekretion från hålan, som därefter behandlades öppet. Sedan denna håla redan var stadd i läkning, uppkom så småningom en mindre knöl ett stycke utanför den förra och utan att kommunicera med denna. Vid incision fans äfven denna håla fylld med 7—10 cm. fullt klar vätska. Hålan fans gå intill ett underliggande reftbensbrosk, hvaraf borttogs en bit, ehuru det ej makroskopiskt syntes mycket förändradt. Läkningen gick sedan tämligen raskt framåt, så att han vid utskrifningen var i det närmaste läkt.

### Tillägg.

Sedan ofvan stående redan var tryckt, erhöill jag kännedom om resultatet af den bakteriologiska undersökningen af varet från ett fall af kondrit, som nu på hösten vårdats å Serafi-merlasarettet. Då detta fall i etiologiskt hänseende erbjuder stort intresse tillåter jag mig här i största korthet anföra dess grunddrag:

Man, 27 år, snickare, int. d.  $\frac{3}{9}$  95. Ingen tuberkulos i släkten. Alltid god hälsa. Hustrun död i lungdot, men barnen friska. För omkring 1 månad sedan märkte han utan känd orsak i höjd med 3:dje högra brosket nära sternum en nötstor, ej öm, vid benet fastvuxen knöl, som endast vid spännandet af m. pect. major vållade någon smärta. Den tillväxte så, att vid inkomsten fans en oval, i broskets riktning sig sträckande tumör med diameter 7+9 cm., af fast konsistens utom i midten, där den var elastisk. Huden normal. Inga svålda lymfkörtlar. Inga upptäckbara förändringar i inre organ. Feberfri. — Diagnosen ställdes på en kondrit, men dess natur måste lemnas oafgjord. Vid operationen fans i djupaste delen af m. pectoral. en liten, med tunnt var fylld håla, och ungefär 1 cm. från 3:dje broskets sternala ände fans på dess undre kant en ärtstor urgröpning fylld af en lös massa. Hela reftbensbrosket resekerades. Såret slöts endast ofullständigt. Läkning god.

Vid incisionen i abcessen togs under aseptiska kauteler omkring 1 kcm. var och väfnadslamsor, äfvenså gjordes medelst platinanål ympning från operationssåret på agar.

Mikroskopisk undersökning på tuberkelbaciller lemnade negativt resultat. Ympning på marsvin så väl intrapertionealt som subkutant. I förra fallet död efter 14 dagar. Sektion vi-

sade ingenstädes tuberkler, men såväl i peritonealvätskan som i mjälte, lever och hjärtblod påträffades en bakterie, identisk med den som utvecklade sig på agar.

Efter den subkutana ympningen bildades en abscess med tjockt var, hvori ej anträffats tuberkelbaciller. Resultatet af ympning på marsvin ej ännu bekant.

Kulturen a agar visade sig, efter allt att döma vara en reinkultur af *bacterium coli commune*.

Den samvetsgranna undersökningen är utförd af med. kand. U. MÜLLERN-ASPEGREN.

Det synes mig ganska sannolikt, att en hel del fall, som hittills ansetts vara af tuberkulös natur, men där kondriten uppträdt som enda symptomet af tuberkulös belastning, hafva en med detta fall likartad etiologi.





Bild 1.

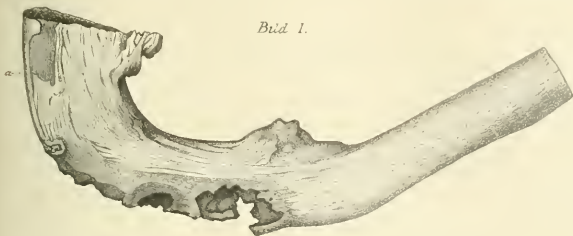


Bild 2.



Bild 3.

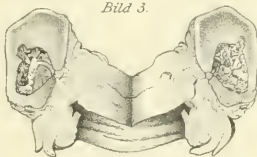
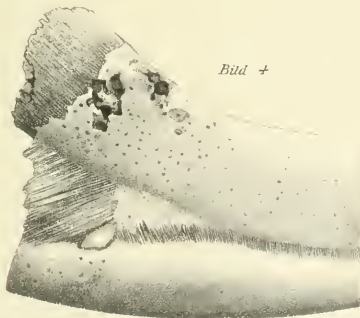


Bild 4







**Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 till 1 mars 1895.**

Af

Öfverläkaren ALBIK LINDE.

---

Från Nordiska kirurg. föreningens förhandlingar.

---

Vid Nordiska kirurg. föreningens första möte i Göteborg uppställdes anesteseringsstatistik såsom ett af föremålen för samforskning bland föreningens medlemmar. Resultatet af denna samforskning framlägges här.

*Samforskarnes* antal har varit 58, däraf 25 från Sverige, 15 från Norge, 15 från Danmark och 3 från Finland.

De anmälda *narkoserna* hafva till antalet utgjort 14,815,<sup>1)</sup> hvaraf 11,047 kloroformnarkoser, 1,279 eternarkoser, 2,122 kloroform-eternarkoser, 362 brometylnarkoser och 5 brometyl-kloroformnarkoser.

Af *kloroformnarkoserna* hafva 4,785 utförts i Sverige, 2,833 i Danmark, 1,830 i Finland och 1,599 i Norge.

Af *eternarkoserna* hafva 642 gjorts i Finland, 419 i Danmark och 218 i Sverige.

Däremot hafva af *kloroform-eternarkoserna* 1,569 blifvit utförda i Sverige, 549 i Danmark, 2 i Norge och 2 i Finland.

319 *brometylnarkoser* hafva utförts i Sverige (däraf på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg 293) samt de öfriga 43 af dr SCEPELERN i Danmark. Dessutom 5 *brometyl-kloroformnarkoser*.

---

<sup>1)</sup> Dessutom tillkomma 237 kloroformnarkoser, som blifvit anmälda efter sammanställningens författande, och som icke hafva några svårare komplikationer. Slutsumman altså 15,052 narkoser.

## I. Kloroformnarkoser 11,047.

- 1) Kloroformnarkoser med föregående morfininsprutning (samt i några fall atropin).

Applikationssättet *droppvis*.

Antal narkoser 91.

Totalåtgången af kloroform i kem. 3,082; sammanlagda bedöfningsstiden i minuter 4,715; medelåtgången kloroform i kem. per minut 0,65.

Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 8 (8,7 %).

*primär hjärtsyncope* uppträdt 2 (2,2 %).

*Eftercerkningar:*

Antalet fall *kräkning* efter narkosen . . . . . 56 (6,15 %).

*långvarig somnolens* efter d:o . . . . . 1 (1 %).

*albuminuri* efter d:o . . . . . 1 (1 %).

*död* efter d:o . . . . . 2 (2 %).

- 2) Kloroformnarkoser efter intagning af kokain per os.

Applikationssättet *droppvis*.

Antal narkoser 42.

Totalåtgången af kloroform i kem. 2,080; sammanlagda bedöfningsstiden i minuter 3,198; medelåtgång kloroform kem. per minut 0,61.

Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträdt, 0.

*Efterverkningar:*

Antalet fall *kräkning* efter narkosen . . . . . 11 (2,6 %).

- 3) Kloroformnarkoser med föregående kokaininsprutning i näsan.

Applikationssättet *droppvis*.

Antalet narkoser 66.

Totalåtgången af kloroform i kem. 1,212; sammanlagda bedöfningsstiden i minuter 1,563; medelåtgång kloroform i kem. per minut 0,80.

Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 9 (13,6 %).

*primär asfyxi* under d:o d:o . 2 (3 %).

*Efterverkningar:*

Antalet fall *kräkning* efter narkosen . . . . . 28 (42,4 %).

*albuminuri* efter dito . . . . . 1 (1,5 %).

- 4) Kloroformnarkoser med föregående morfininsprutning.  
 Applikationssättet: kloroform i större mängd på en gång.  
 Antalet narkoser 115.  
 Totalåtgången af kloroform i kem. 3,509; sammanlagda  
 bedöfnings-tiden i minuter 7,475; medelåtgång kloroform  
 i kem. per minut 0,47.  
 Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 17 (14,8 %).  
 » » » *primär asfyxi* under d:o d:o . 2 (1,7 %).

*Efterverkningar:*

Antalet fall *kräkning* efter narkosen . . . . . 46 (40 %).

- 5) Kloroformnarkoser utan föregående morfininsprutning.  
 Applikationssättet *droppvis*.  
 Antalet narkoser 9,056.  
 Totalåtgången af kloroform i kem. 165,821; sammanlagda  
 bedöfnings-tiden i minuter 286,385; medelåtgång kloroform  
 i kem. per minut 0,57.  
 Ant. fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 958 (10½ %).  
 » » *primär asfyxi* under d:o d:o . . . . . 94 (1,03 %).  
 » » *hjärtsyncope* under d:o d:o . . . . . 37 (0,4 %).  
 Dödsfall under narkosen . . . . . 4 (0,04 %).

*Efterverkningar:*

Antalet fall *kräkning* efter narkosen . . . . . 1,824 (20,2 %).  
 » *icterus* efter d:o . . . . . 8 (0,08 %).  
 » *långvarig somnolens* efter d:o . . . . . 39 (0,4 %).  
 » *albuminuri* efter d:o . . . . . 81 (0,8 %).  
 » *lungsjukdom* efter d:o . . . . . 15 (0,1 %).  
 » *hjärtsvaghet* ell. *kollaps* efter d:o . . . . . 29 (0,32 %).  
 » » *död* i följd af narkosen . . . . . 8 (0,08 %).

- 6) Kloroformnarkoser utan föregående morfininsprutning.  
 Applikationssättet: kloroform i större mängd på en gång.  
 Antalet narkoser 1,019.  
 Totalåtgången af kloroform i kem. 20,436; sammanlagda  
 bedöfnings-tiden i minuter 32,186; medelåtgång kloroform  
 i kem. per minut 0,65.  
 Ant. fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 172 (16,8 %).  
 » » *primär asfyxi* under d:o d:o . . . . . 14 (1,3 %).  
 » » *hjärtsyncope* under d:o d:o . . . . . 3 (0,2 %).  
 Dödsfall under narkosen . . . . . 1 (0,09 %).

*Efterverkningar:*

- |   |               |
|---|---------------|
| Antalet fall <i>kräkning</i> efter narkosen . . . . . | 586 (57,5 %). |
| <i>icterus</i> efter d:o . . . . .                    | 1 (0,09 %).   |
| <i>långvarig somnolens</i> efter d:o . . . . .        | 1 (0,09 %).   |
| <i>albuminuri</i> efter d:o . . . . .                 | 15 (1,4 %).   |
| <i>lungsjukdom</i> efter d:o . . . . .                | 6 (0,5 %).    |
| <i>hjärtsvaghet eller kollaps</i> efter d:o . . . . . | 4 (0,39 %).   |
| <i>död</i> i följd af narkosen . . . . .              | 2 (0,18 %).   |
- 7) Dessutom *summariskt* anmälda 658 narkoser utan svårare komplikationer.

## II. Eter-narkoser 1,279.

1) *Med föregående morfininsprutning* 4.

Totalåtgången af bedöfningsmedlet i kcm. 781; sammanlagda bedöfningsstiden i minuter 198; medelåtgång eter i kcm. per minut 3,94.

Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 0.

*Efterverkningar:*

- |   |           |
|---|-----------|
| Antalet fall <i>kräkning</i> efter narkosen . . . . . | 1 (25 %). |
| <i>albuminuri</i> efter d:o . . . . .                 | 1 (25 %). |

2) *Med föregående insprutning af morfin och atropin.*

Antalet narkoser 12.

Totalåtgång af bedöfningsmedlet i kcm. 1,805; sammanlagda bedöfningsstiden i minuter 696; medelåtgång eter i kcm. per minut 2,59.

Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträdt 3 (25 %).

*Efterverkningar:*

- |   |          |
|---|----------|
| Antalet fall <i>kräkning</i> efter narkosen . . . . . | 1 (8 %). |
|---|----------|

3) *Utan föregående morfininsprutning.*

Antalet narkoser 1,263.

Totalåtgång af eter i kcm. 138,779; sammanlagda bedöfningsstiden i minuter 45,550; medelåtgång eter i kcm. per minut 3,04.

- |  |               |
|--|---------------|
| Antalet fall, där <i>kräkning</i> under narkosen inträdt | 186 (14,7 %). |
| <i>asfyri</i> under narkosen uppstått                    | 10 (0,79 %).  |
| <i>syncope</i> under d:o d:o . . . . .                   | 1 (0,08 %).   |
| <i>muskeltremor</i> under d:o d:o . . . . .              | 2 (0,15 %).   |

*Efterverkningar:*

Antalet fall	<i>kräkning</i> efter narkosen . . . .	304 (24 %).
»	» <i>långvarig somnolens</i> efter d:o . . . .	1 (0,08 %).
»	» <i>albuminuri</i> efter d:o . . . . .	19 (1,4 %).
»	» <i>muskeltremor</i> efter d:o . . . . .	3 (0,24 %).
»	» <i>lungsjukdom</i> efter d:o . . . . .	8 (0,6 %).
»	» <i>hjärtsvaghet</i> eller <i>kollaps</i> efter d:o . . . . .	2 (0,15 %).
»	» <i>död</i> i följd af narkosen . . . . .	2 (0,15 %).

## III. Kloroform-eter-narkoser 2,122.

1) Summariskt anmälda 25 fall (med morfininsprutning) och 510 fall (utan morfin) utan svårare komplikationer.

2) *Med föregående morfininsprutning* 22.

Totalåtgång af bedöfningsmedlet i kem. 102 kloroform och 3,176 eter.

Sammanlagda bedöfnings tiden i minuter 775.

Medelåtgång bedöfningsmedel för hvarje narkos i kem. 4,63 kloroform och 144 æther.

Antalet fall, där *kräkning* under narkosen inträffat 4 (18,1 %).

» » *primär asfyxi* under d:o d:o . . . . . 4 (18,1 %).

*Efterverkningar* = 0.

3) *Utan föregående morfininsprutning* 1,565.

Totalåtgång af bedöfningsmedlet i kem. 11,642 kloroform och 166,795 eter.

Sammanlagda bedöfnings tiden i minuter 75,147.

Medelåtgång bedöfningsmedel för hvarje narkos 7,4 kloroform och 106 eter.

Ant. fall, där *kräkning* under narkosen inträffat 212 (13,5 %).

» » *asfyxi* under d:o d:o . . . . . 15 (0,96 %).

» » *syncope* under d:o d:o . . . . . 9 (0,58 %).

*Efterverkningar:*

Antalet fall *kräkning* efter narkosen . . . . . 449 (28,6 %).

» » *icterus* efter d:o . . . . . 1 (0,06 %).

» » *långvarig somnolens* efter d:o . . . . . 10 (0,63 %).

» » *albuminuri* efter d:o . . . . . 10 (0,63 %).

» » *lungsjukdom* efter d:o . . . . . 7 (0,44 %).

» » *hjärtsvaghet* eller *kollaps* efter d:o . . . . . 8 (0,51 %).

» » *död* i följd af narkosen . . . . . 4 (0,25 %).

## IV. Brometyl-narkoser 362,

däraf 43 utförda i Danmark från 1891—1895.

Medelåtgången af bedöfningsmedlet har i allmänhet varit 15 kem. för fullvuxen person och mindre för barn.

Bedöfningsstiden har i allmänhet växlat från 2—5 minuter.

Om de 319 narkoser, som utförts i Sverige, är antecknad: Antalet fall af *kräkning* omedelbart efter narkosen 39 (10,77 %).

*Efterverkningar*: Antalet fall af *kräkning* sedan pat. lemnat operationsbordet 4 (1,1 %).

## V. Brometyl-kloroformnarkoser 5,

utförda på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg utan komplikationer.

Beträffande *kloroformnarkoserna* bör till en början anmärkas, att bland dem äro upptagna 1,350 narkoser, hvilka utförts å Helsingfors kirurgiska klinik 1891—94, således före samforskningens början. De flesta af dessa narkoser äro publicerade i Finska läkaresällskapets handlingar 1893 af C. G. BREMER och särdeles noggranna anteckningar om dem gjorda. Likaså har jag bland kloroformnarkoserna infört 332 narkoser, utförda på rikshospitalets kirurgiska afdelning i Kristiania under åren 1891—1893, och om hvilka anteckningar äro gjorda.

*Applikationssättet* har af de flesta deltagarne varit *droppvis*. ESMARCKS mask användes i allmänhet; af en och annan deltagare begagnas JUNCKERS metod.

I afseende på *åtgången af kloroform per minut* i kem. hafva uppgifterna betydligt varierat, i Sverige mellan 0,31 och 0,80, i Danmark mellan 0,38 och 1,5, i Norge mellan 0,64 och 1,13 och i Finland mellan 0,44 och 0,63. Vid droppmetoden synes kvantiteten per minut i allmänhet något mindre än vid pågjutning af större mängder på en gång — dock ingen betydlig skillnad.

*Applikationssättet för etern* synes oftast ske medelst pådrypning i en stor med vaxduk eller gummityg beklädd trattformig strut, inuti klädd med ylletyg eller filt. Ett par iakttagare använda WANSCHERS eternmask med gummibehållare. En deltagare dryper vid kloroformnarkoserna etern på



ESMARCKS mask liksom kloroformen. *Brometylen* drypes — vanligen 15 gram på en gång — inuti en med bomull klädd ESMARCKS mask, som på sin yttre sida är beklädd med vaxtaft eller gummityg.

*De sjukliga symptomen under och efter narkosen.* Beträffande dessa bör erinras, att statistiken långt ifrån är tillförlitlig, dels emedan flere iakttagare alldeles icke eller endast i ringa mån upptagit somliga af dessa komplikationer på sina sammanställningar, dels emedan af åtskilliga rapporter framgår, att deltagarne i forskningen understundom hafva antecknat alldeles för låga siffror. Hvad albuminurin beträffar, äro undersökningar gjorda af endast få iakttagare och då på jämförelsevis få fall. Altså visar väl sammanställningen altför låga siffror, i synnerhet hvad efterverkningarna beträffar, hvilka äro mera styfmoderligt behandlade, emedan de naturligen tagit mera tid att anteckna. Beträffande *kräkningarna under narkosen* skriver dr SCEPELERN från Danmark, »att ingen väsentlig skilnad iakttagits i detta afseende mellan de olika bedöfningsmedlen — (prof. STUDSGAARDS siffror äro påfallande lägre än de andra iakttagarnes) —. Det synes, som om mängden af kräkningar *under narkosen* icke förminskas med morfininsprutning före narkosen och ej håller genom kokain-insprutning i näsan.» Af ofvan stående sammanställning ses, att kräkningar *under narkosen* förekommit under de olika narkoserna i följande antal: Eternarkoser med föregående insprutning af morfin och atropin 25 %, kloroform-eternarkos (med morfininsprutning) 18,1 %, kloroformnarkos (i större mängd på en gång och utan morfininsprutning) 16,8 %, kloroformnarkos (i större mängd på en gång) med morfininsprutning 14,8 %, eternarkos utan morfininsprutning 14 %, kloroformnarkos (med kokain-insprutning i näsan) 13,6 %, kloroform-eternarkos utan morfin 13,5 %, brometylnarkos 10,77 %, kloroformnarkos (droppvis utan morfin) 10½ %, eternarkos (med morfin) 0 % (?), kloroformnarkos (efter kokain per os) droppvis 0 % (?).

*Asfyxi och syncope under narkosen.* Härom skriver dr SCEPELERN beträffande narkoserna i Danmark, att »ej håller härvid finnes någon väsentlig skilnad vid de olika narkoserna. Den litet högre siffra af primär syncope vid kloroform-eternarkoserna har sin orsak däruti, att en samforskare alltid utbyter kloroform mot eter, när kloroformen under narkosen orsakar farliga symptom. Erinras må dock, att de flesta iakt-

tagare blott begagna eter under undantagsförhållanden. Endast WANSCHER använder eter till *alla* narkoser men har dock 3 fall af syncope och asfyxi vid 199 narkoser (1,51 %), STUBS-GAARDS siffror tyckas utvisa, att kokain-insprutning i näsan ej håller förminskar antalet af asfyxi och syncope. Det af honom nämnda dödsfallet under narkosen, som är det enda iakttagna i Danmark, synes näppeligen kunna uteslutande skyllas på narkosen. Så vidt man af de sparsamma upplysningarna kan se, synas asfyxi och syncope hafva uppträdt både i början och slutet af narkosen. Alla åldersklasser äro representerade, och i det öfvervägande antalet full synes patientens allmänbefinnande icke hafva spelat någon roll, och de farliga symptomen hafva uppträdt, utan att någon orsak därtill kunnat spåras. Artificiell respiration synes öfveralt, där den brukats, hafva haft ett gynsam result. Dessutom äro använda eterinjektioner, hjärtmassage och mysk-injektion.»

Till mig hafva inkommit en mängd sjukhistorier om asfyxi och syncope från iakttagarne, men dessa historier, som äro hvarandra skäligen lika, fastän somliga beröra lätta, andra svåra fall, har jag icke ansett vara af den vikt och det intresse, att de böra ingå i sammanställningen och öka dess längd. Behandlingen har i allmänhet varit den ofvan anförda och alltid fört till målet — tillfrisknande.

De olika procentalen af *asfyxi* under narkoserna hafva varit följande: i kloroform-eternarkos med föregående morfininsprutning 18,1 % (?), kloroformnarkos med kokain-insprutning i näsan 3 %, kloroformnarkos med större mängd på en gång och föregående morfininsprutning 1,7 %, kloroformnarkos med större mängd på en gång utan morfin 1,3 %, kloroformnarkos droppvis och utan morfin 1,03 %, kloroform-eternarkos utan morfin 0,96 %, eternarkos utan morfin 0,79 %.

*Syncope* har förekommit i kloroformnarkos droppvis och med föregående morfininsprutning 2,2 %, kloroform-eternarkos utan morfin 0,58 %, kloroformnarkos droppvis utan morfin 0,4 %, kloroformnarkos större mängd på en gång och utan morfin 0,2 %, eternarkos utan morfin 0,08 %.

Under ofvan stående 14,815 narkoser har *asfyxi* iakttagits i 139 fall (0,93 %) och *syncope* i 52 fall (0,35 %).

### Dödsfall under kloroformnarkos.

1. (Prof. AF SCHULTÉN.) En 16-årig gosse intogs å sjukhuset den  $\frac{8}{7}$  92.

Diagnos: Tuberculosis gland. lymph. regionis parotid. dextr. et colli later. dextr. et sinistr. Om allmänna tillståndet anmärkes i sjukhistorien, att patienten var af klen kropps-konstitution och mindre godt näringstillstånd. Huden blek. Från lungorna intet att anmärka (patienten hade dock, enligt anamnesen, tidtals under 2 års tid varit besvärad af hosta). Pulsen mycket liten, regelbunden, omkr. 100 slag i minuten. Hjärttonerna svaga. Digestionsorganen normala. Urinen klar, af normal färg sp. v. 1,015, innehåller ganska mycket albumin. Den  $\frac{11}{7}$  opererades patienten. »Incisio et abrasio gland. tub. colli et regionis parotideæ». Ty värr saknas anteckningar om narkosen. Den  $\frac{2}{8}$  å nyo operation. (Kloroform utan morfin.) Exstirpatio glandul. colli lat. dextr. Beskrifningen öfver operationen, införd i sjukhistorien, har följande lydelse: »En mängd uppmjukade tuberkulösa lymfkörtlar uttagas från högra sidan af halsen, strax bakom m. sterno-cleido-mastoideus. Död i narkos. Narkosen hade varit lätt, så att patienten flere gånger rörde sig, speciellt vid anläggandet af suturer. Sedan såret var slutet, innan operationen ännu begynt på vänstra sidan, inträdde kräkningar af något slem. Strax efter kräkningen blef patienten cyanotisk, respirationen ytterst besvärad, i synnerhet inspirationen, som gjorde intryck af något hinder i luftvägarna, pulsen ej kännbar — detta alt inom förloppet af en knapp minut. Trots fruktlösa försök med konstgjord respiration under omkr. 40 minuters förlopp lyckades man ej återkalla patienten till lif — — —». Tills toleransstadiet uppnåtts, hade åtgått 4 kem. kloroform på 10 minuter, därefter 6 kem. på 47 minuter.

Af obduktionen framgick, att trachean af talrika och synnerligen stora tub. lymfkörtlar på halsen blifvit starkt tilltryckt från sidan, så att endast ett smalt, halfmånförmigt lumen förefans. Antagligen hade, då patientens hufvud, när kräkningarna instälde sig, vändes åt sidan, trachea till följd af vridningen och den kompression, körtlarna utöfvade, helt och hållet tilltryckts, hvarigenom luftens passage omöjliggjordes och asfyxi instälde sig. Här var således högst sannolikt kloroformen ej den direkta orsaken till döden.

2. (Östersunds lasarett.) 29 års kvinna med empyema dextr. (6 veckor gammalt.) Inga komplikationer, pulsen kraftig. Torakotomi med resektion af 8:e rebbenet. Inga medel gifna före narkosen. Kloroform, droppmetoden, knapt 8 kem. Operationen var nätt och jämt avslutad, och en rondsål var hade fått långsamt utrinna, då pat. fick kräkningsrörelser, hvarvid ytterligare en rondsål (omkr. 900 kem.) utslungades ur brösthålan. Kloroformmasken borttogs härvid strax. Helt plötsligt, samtidigt med att kräkningsrörelserna upphörde (intet slem eller annat uppkräktes eller hördes i svalget), kollaberade pat. och dog, utan att under  $\frac{3}{4}$  — 1 timme fortsatta applifningsförsök — artificiell respiration, rytmiska kompressioner af hjärttrakten, induktions-

elektricitet, eterinjektioner — ledde till något resultat. Obduktion tilläts icke af mannen.

3. (Sabbatsbergs sjukhus.) Man. 40 år gammal. Gonorrhé för 4 à 5 år sedan. Blef för 3 år sedan sparkad i skrefvet. Härefter urin blodig en tid. Svårighet att låta urin. Nu är ischuria paradoxa för handen, och blåsans spets når nästan upp till nafveln. Med den smalaste ledaren kommer man ej in i blåsan. Patienten infördes i operations-salen för att undergå yttre uretrotomi. Kloroformnarkos. Excitationsstadiet vildt. Med eter skulle fortsättas efter excitationsstadiets slut. Innan eternarkotiseringen börjat, kollaberade plötsligt patienten 10 minuter efter narkosens början. 7 kem. kloroform hade åtgått. Inga hjärtoner hörbara, pupillerna vida, reaktionslösa. Patienten afled trots alla upplifningsförsök, artificiell respiration och framdragnings af tungan, elektricitet, eterinjektioner, intravenös koksalttransfusion. Sektionsresultat: blåsan högggradigt utvidgad och hypertroferad. Inga väsentliga förändringar från njurar, hjärne eller hjärta.

4. (STUDSGAARD.) 73-årig kvinna. Heus-laparotomi. Död efter 10 min. narkotisering, hvartill användts 15 kem. kloroform.

5. (Borås lasarett.) Kvinna, 20 år. Fredagen den 6 oktober 1893 lyfte patienten ett tungt sofflock, kände därefter smärtor i vänstra sidan af buken. Småningom inträdde tecken på tarmbinder. Intogs på Ulricehamns sjukstuga den 10. Behandlades där med stora vattenlavemang, magsköljning och opium. Hade den 11 och 12 väderafgång samt smärre afföringar. Den 12 kändes resistens i vänstra fossa iliaca. Temp. d. 13. 38,2—39°.

Plyttades den 14 till Borås lasarett. Buken var då mycket utspänd af gaser, hård, något öm, hvadan resistensen ej kunde kännas. Pulsen ej liten, tämligen full, ej hastig.

Enterotomi den 14 under kloroformnarkos. Snitt i vänstra sidan, hvarvid en utspänd tarmslynga, dock ej kolon, fästes i såret.

<sup>15</sup>/<sub>10</sub> 93 öppnades tarmen och en mängd gas utströmmade. Drainage inlades. Buken detumescerade, och den 16 på aftonen fick pat. stora afföringar per anum och genom fisteln. Den 17 tillkom metastatisk parotitis sin. Alla dagar afföring, så att den 19 opium gafs. Ingeu peritonit. Ägg- och ostklumpar afgå genom fisteln. Någon resistens kännas ej.

<sup>21</sup>/<sub>10</sub> 93. Parotiten öppnades under kloroformnarkos. Röret uttogs ur fisteln.

<sup>31</sup>/<sub>10</sub>. Då mycket mat rinner ut genom fisteln, som lemna blåbärssoppa 22 minuter efter intagningen per os, försöktes att stänga denna väg med hudsuturer, men utan resultat. I stället inlades tamponger i hållet, och dessa gjorde oftast god verkan. Närande lavemang. Patienten tillfrisknade småningom. Parotiten läktes, och patienten började t. g. a hull. Gick uppe sedan februari 1894.

Den 16 mars fick patienten ricinolja och förtärde endast 3 koppar buljong. Den 17 lavemang. Kl. 2,35 börjades kloroformeringen. Pulsen

jämn, full, omkring 70. Fisteln kringskars. Huden däromkring afpreparerades intill gränsen mellan hud och slemhinna och hopsyddes öfver öppningen. Peritoneum öppnades, tarmen framdrogs, och det hopsydda stället afkliptes. 2 rader WÖLFLERS suturer lades på tarmhålet, i alt 21 suturer. Buksåret slöts på vanligt sätt i 3 etager. Förband pålades. Då pat. började vakna kl. 4, just som förbandet pålades, och efter det att kloroformen borttagits, kom hon i kräkning. Hon kräktes upp 5 å 6 matskedar klar, rosafärgad vätska. Hade, efter hvad senare upplysts, sugit på en karamell. Färgen liknade sådan. Efter kräkningarnas slut andades hon kraftiga tag flere gånger men kollaberade plötsligt, pulsen blef okänbar, pupillerna utvidgades till maximum, och efter ett par krampaktiga inspirationer afled hon kl. 4,5 e. m. Hjärtats verksamhet hade under operationens gång flere gånger kontrollerats medelst aktgifvande på pulsen, som var jämn och tämligen full, både af den kloroformerande och af operatören. Efter förbandets läggande kunde den ej kännas, och hjärtats slag ej höras. Eterinjektioner, konstgjord respiration, elektricitet kunde intet uträtta. Upplifningsförsöken fortsattes 1 timme.

Patienten hade varit kloroformerad i 85 min. och fått 50 kem. kloroform efter gamla metoden. Den kloroform, som då användes, var SCHERINGS kloralkloroform.

*Sektion.* Trachea och bronkerna tomma. Lungorna, fria, sammanfallna, öfveralt luftföra och, visa intet abnormt. Hjärtköttet, valvler och myuningar friska. Koronarartererna utan anmärkning. Vid bukens öppnande märkas åtskilliga, ungefär 10—12 em. långa, trådformiga, rätt starka bindväfsadherenser mellan tunntarmarna och bukväggen. I bukålan intet blod eller annan vätska. Å tunntarmen ungefär 3 alnar från duodenum ett långsgående, ungefär 6 cm. långt med suturer fullständigt hopsydt sår. Å detta ställe samt å närmaste tarmdelar serosan rätt betydligt injicerad. Lefvern frisk. För öfrigt från bukålan intet abnormt.

### Efterverkningar.

a) *Kräkningar efter narkosen hafva i de samlade 14,815 narkoserna förekommit i 3,310 fall (23 %). Procentalen äro följande i de olika narkoserna:*

Kloroformnarkos i större mängd utan morfin . . . . .	57 %
» droppvis med kokain-insprutning i	
näsan . . . . .	42,4 »
» i större mängd med morfin . . . . .	40 »
Kloroform-eternarkos utan morfin . . . . .	28,6 »
Eternarkos med morfin . . . . .	25 »
» utan morfin . . . . .	24 »
Kloroformuarkos droppvis utan morfin . . . . .	20 »
Eternarkos med morfin + atropin . . . . .	8 »



intresse, dels därför att de antagligen äro de första undersökningar, som gjorts på detta område i de nordiska länderna, och dels därför att de konstatera ett redan förut känt faktum, nämligen att så väl kloroform- som eternarkoserna kunna framkalla sjukliga symptom från njurarna.

SCEPELERN (Danmark) har gjort undersökningar i 32 fall dels omedelbart före narkosen, dels omedelbart därefter och under de närmast följande dagarna. Undersökningen har dels varit kemisk i 32 fall, dels mikroskopisk i 31 fall (urinen färsk, sedimentering medelst centrifug). I 4 fall kunde albuminuri påvisas kemiskt *efter* narkosen, men i 3 af dessa fall, hvaraf de 2 representeras af samma patient, hade man periodvis funnit albumin *före* narkosen. I ett fall var albumin rätt betydlig under de första 4 dagarna efter narkosen (6 ‰ ESBACH), i de andra 3 fallen blott obetydligt, och den försvann åter efter 4—8 dagars förlopp.

Med mikroskopet kunde formelementer (cylindrar, levkocyter, njurepitel) påvisas litet oftare efter narkosen (5 gånger). I ett fall, där svag albuminreaktion fanns, upptäcktes inga formelementer. Dessa formelementer försvunno dock snart, i regeln efter ett par dagar.

De narkoser, hvarefter de omnämnda abnorma förhållandena i urinen hafva uppträdt, hafva icke varit särdeles långvariga, och med hänsyn till andra efterverkningar hafva de icke visat någon påfallande skilnad från de andra narkoserna utan abnorm urin.

Detta uppträdande af formelementer är ej håller konstant hos samma patient. Hos en patient uppträdde de således icke efter en tidigare och senare narkos, fastän narkosens längd och andra förhållanden voro ungefär de samma alla 3 gångerna. Och i ett af de andra fallen uppträdde icke håller formelementer efter en senare narkos, som annars helt och hållet liknade den förste. I det hela taget anser SCEPELERN, att hans undersökningar icke tala för LUTHERS teorier eller stämma öfverens med hans iakttagelser.

H. MANG (Danmark) har anteeknat 2 fall albuminuri efter kloroform-eternarkos, i hvilka ägghvitan endast varade 1 dygn.

O. BLOCH (Danmark), 1 fall med svag albuminreaktion 8 timmar efter narkosen (kloroform-eter).

P. K. MÖLLER (Danmark), 2 fall. Hos den ena under ett par dagar 2 ‰ ESBACH, hos den andra obetydligt (kloroform-eter).



HOWITZ, 1 fall med albumin under första dygnet efter kloroformnarkos.

H. MANG, 4 fall efter kloroformnarkos. Mycket lätt. I 2 fall varade albuminreaktionen 2 dygn.

TAGE HANSEN (Danmark), 10 fall. Mycket litet albumin, som försvann efter ett dygns förlopp.

NETZEL (Sverige) omnämner oliguri — utan albumin — i 27 fall på 71.

LENNANDER (Sverige). På Upsala kir. klinik hafva undersökts 80 fall (kloroform-eter), hvarvid i 22 fall funnits ägghvita, cylindrar, socker eller gallfärgämnen. Dessa undersökningar komma att i särskild uppsats publiceras, o. s. v.

e) **Lungsjukdomar** efter narkoser. Efter operationer uppträda, som bekant, ej så sällan sjukdomar i lungorna, men svårigheten att afgöra, huruvida dessa sjukdomar hafva sin orsak i narkosen eller i andra förhållanden, synes mig hafva åstadkommit, att så få fall äro antecknade.

På 11,047 kloroformnarkoser . . . . .	21 fall (0,19 %).
» 1,279 eternarkoser . . . . .	8 » (0,6 %).
» 2,122 kloroform-eternarkoser . . . . .	7 » (0,3 %).

Följande fall äro något närmare beskrifna:

O. BLOCH har antecknat 3 fall, hvaraf en kvinna medtagen och kraftlös af blödningar fick pnevmoni och dog 6 dagar efter operationen (trakeotomi + resectio maxillæ sup. för sarcoma maxillæ sup.). (Kloroform).

TSCHERNING. 69 års man. Hjärtsjukdom (valvelfel). Purulent bronchitis med feber under 6 dagar efter operation. 1 timmes eternarkos.

TAGE HANSEN. 1 fall fick pnevmoni 3 dagar efter narkosen. Godt förlopp. Herniotomi, eternarkos.

EMIL MULLER. 76 års kvinna. Lugn eternarkos. Tecken på lung-hypostas efter narkosen. Efter några dagar återställd.

O. BLOCH. 70 års man. Nedsatt. Operation för cancer linguae, palati et tonsillæ (osteotomia maxillæ + excisio). Narkosen (kloroform 7—eter 75 kem.) 82 min. lugn. Endast obetydligt medtagen af operationen men dog nästa dag af pnevmoni (aspirations?). På morgonen ett kväfningsanfall, som häfdes med artificiell respiration.

SCEPELERN nämner i sin sammanställning från Danmark, att 3 fall med lungsjukdom efter kloroformnarkos slutade dödligt, likaså 2 dylika fall efter kloroform-eternarkos. Däremot afled icke något fall, som erhållit lungsjukdom efter eternarkos.

AF SCHULTÉN redogör för följande 9 fall af lungsjukdom efter eter- och kloroformnarkoser.

Vid *eternarkoser*:

1. 1894. En 47 års man undergick extirpatio canc. labii infer. samt evacuatio glandul. lymfat. reg. submaxill. bilat. et submental. Han var en klen bygd man och hade omedelbart före sitt inträde på sjukhuset legat till sängs en tid för någon febril åkomma, i följd hvaraf han afmagrat och blifvit klen. Han har ock den senare tiden haft hosta, och torra pipande rassel höras här och där öfver båda lungorna. Han har dessutom haft lues och företer nu hudgummata i glutealtrakten. Han behandlades först antiluetiskt under 3 veckor med salicylkviksilfver (2 injektioner å 0,10), injektioner och jodkali. Under denna behandling förändrades icke svulsten, som upptog hela underläppen; däremot läktes glutealsåren. Kräftextirpationen verkställdes därför den 27 sept. Uppgift saknas beträffande mängden eter samt tiden. Narkosen förlöpte normalt. Hosta med starkt slemmig expektoration instälde sig kort efter operationen. Aftontemperaturen var dagen efter operationen 37,8°, andra dagen 38°, tredje dagen 38,4°, fjärde dagen 39,2°, femte dagen 38,7°; därpå kollaberade pat. och aflid sjunde dagen. Från lungorna utbredda dels torra, dels fuktiga rassel. Diarré instälde sig, och krafterna sjönko oväntadt snabbt. Obduktionen visade flere bronkopneumoniska härdar i båda lungorna.

I detta fall var pat. utan tvifvel mycket försvagad både af sin tidigare sjukdom och af kviksilfverbehandlingen. Operationen hade bort uppskjutas, och etern var väl ock egentligen kontraindicerad af hans tidigare bronkit, som dock under vistelsen på sjukhuset snarare förbättrats.

2. 1894. En 20-årig man opereras den 17 november för dubbelsidigt ingvinalbräck enligt BASSINIS metod. Han är af vanlig kroppsbyggnad, och ingen bröståkomma är antecknad. Han erhöll 170 kem. eter på 75 minuter. Dagen efter operation stiger temperaturen till 39,2° på kvällen. Hosta med stark expektoration inställer sig. Följande dag är andhemningen tung, sputa variga; öfver nedre delen af högra lungan är perkussionstonen dämpad, och därstädes höras bronkielt respirationsljud samt fuktiga rassel. Den 21 och 22 nov. fortgår febern, men från den 23 blir temperaturen normal, och de fysikaliska symptomien från lungorna försvinna efter hand. Det ena operationsåret har blifvit öppnadt för att utsläppa serös, blodig vätska; eljest god läkning. Han utgår läkt d 13 dec.

Här uppstod således omedelbart efter operation en rätt intensiv men dock snabbt aflöpande pneumoni.

3. 1895. En 30-årig kvinna af kraftig kroppsbyggnad undergick den 22 febr. 1895 extirpation af bröstkörteln för kräfta jämte evakuation af axillen och aflägsnande af musc. pect. maj (HALSTEDS metod).

Hon erhöill 120 kem. eter på 50 min.; narkosen förlöpte lugnt. Följande dag visar sig bronkit med retsam hosta och variga sputa samt något stygn i ryggen och spridda rassel. Temperaturstigning (till högst 39,2), som dock fortfor blott 3 dagar. Äfven hostan är den 27 febr. nästan försvunnen. Såret läkes pr primam. Utgår frisk den ?

Bronkiten uppträdde här omedelbart efter operation — utan att tidigare lungåkomma fans.

4. 1895. Kvinna, 47 år, lider af lungtuberkulos med utbredda förstörelser af lungorna samt af tuberkulös gonit. För den sist nämnde göres den 19 okt. extension; hon får eter (om mängd och tid saknas uppgift). Dagen efteråt uppträder retsam hosta med riklig expektoration samt måttlig feber till 38,5°. Denna fortgår två veckor och upphör småningom. Senare verkställdes amputation af benet; kloroformnarkos utan efterverkningar.

Här uppstod således en akut bronkit i förut sjuka lungor.

#### Vid kloroformnarkoser:

5. 1894. En 22-årig kvinna har lupus nasi samt något bronkit med storblåsiga rassel. Den 19 nov. göres *rinoplastik* från pannan. Hon erhöill 17 kem. kloroform på 28 minuter. Följande dag retsam hosta och feber (temp. till 39,6°). Två dagar senare stygn i högra sidan nedtill, dämpning och bronkialrespiration därstädes. 20 nov. rostfärgade sputa — en obetydlig *pneumonia croup*. Febern fortfar till den 25 nov., då stygnet upphört och sputa ej mera äro blodiga, men en riklig bronkit fortgår med utbredda rassel. Feber nppstår å nyo och fortgår ända till medlet af december. Pat. blir ganska medtagen. Sår läkningen dock ostörd. Efter hand upphör lungåkomman, och pat. utgår frisk.

I detta fall stod den långdragna lungåkomman i omedelbart samband med operationen; dock förefans förut en kronisk bronkit utan feber, hvarför just kloroform gafs i stället för eter.

6. 1894. En 42-årig man undergick den 31 dec. radikaloperation enligt BASSINI för ett dubbelsidigt lumskräck. Han har något hosta och öfver högra lungan höras torra och hvinande rassel. Han kloroformeras enligt droppmetoden — om mängd och tid saknas uppgift. Följande dag temperaturstegring, som den 2 jan. når 39,5° och den 3 40°; hosta med slemmigt variga sputa — utbredda rassel — bronkialrespiration öfver vänstra lungan framtill. Den 7 jan. faller temperaturen kritiskt till subnormal. Hostan förbättras nu. Såren hafva blifvit öppnade men synas ej infekterade. Den 16 jan. öppnas en abscess på låret. Först den 16 mars kunde pat. utskrifvas läkt.

Äfven i detta fall anslöt sig omedelbart till operationen en häftig bronkiel pnevmonisk affektion. Pat. hade förut en lindrig kronisk bronkit.

7. 1895. En 59-årig man hade den 10 jan. undergått excision af ett läppepiteliom jämte evakuation af högra submaxillartrakten. Han var en tämligen klen, kakektisk man. På patientens begäran verkställdes ytterligare den 21 jan. radikaloperation enligt BASSINI af ett fritt ingvinalbräck. Han var medtagen före operationen och erhöll 12 cem. kloroform på 38 minuter. Under lindrig feber (temp. ej öfver 38,2°) utvecklar sig dagarna efter operationen en utbredd bronkit; den 27 jan. är antecknad: riklig expektoration af variga illaluktande sputa, besvärad andhemning, rassel i bägge lungorna. Deenna svåra bronkit fortgick, trots alla försökta medel, de följande veckorna under måttlig feber (temp. ej öfver 39°). Pnevmonisk infiltration tillstötter baktill nedtill i lungorna, och pat. aflider slutligen den 24 febr.

Äfven i detta fall torde orsaken, att pat. erhöll kloroform varit, att hans lungor icke ansågos alldeles friska. Lungåkomman uppstod mera smygande — ej i omedelbar följd af operationen. Pat. var utan tvifvel kakektisk (obduktionen visade ock djupliggande kräftmetastaser i körtlarna) och hade ej bort undergå radikaloperationen. Narkosens betydelse är i detta fall dubiös.

8. 1895. En 51-årig man undergår den 13 febr. radikaloperation för ett ingvinalbräck enligt BASSINI. Han har hosta sedan flere år, får därför kloroform enligt droppmetoden — 30 cem. på 50 minuter. Följande dag symptom af allmän bronkit med feber, som fortgår 3 dagar (högsta temp. 38,8°). Rassel i båda lungorna. Redan den 18 febr. är hostan nästan bra. Han utgår den 1 mars, läkt.

Här uppstod genast efter operationen en akut stegring af den kroniska bronkiten.

9. 1895. En 39-årig man undergick den 23 febr. amputation af två tår, som krossats den 23 jan. och troligen sedan ofullständigt opererats. Han har sedan olyckshändelsen haft hosta med varigt sekret men icke feber. Pat. erhöll 14 cem. kloroform på 30 minuter. Dagen efter operationen steg temp. till 40°. En högersidig *pnevmoni* med blodiga sputa manifesterar sig. Förloppet är häftigt. Rodnande infiltrationer visa sig på flere ställen i underhuden; dock uppstår endast på vänstra underbenet suppuration. Först omkring den 10 mars är temp. normal. Såren läkas, och pat. utgår den 18 april.

Äfven i detta fall tillstötte den elakartade septiska pnevmonin omedelbart efter operation, men en tidigare bronkit förefans.

Af de lungkomplikationer, AF SCHULTÉN observerat efter narkos, vill han draga följande slutsatser:

Så väl efter eter- som efter kloroformnarkoser följa stundom febrila, ej sällan rätt häftiga bronkiter och bronkopnevmonier. Detta synes i synnerhet inträffa, då en tidigare lungaffektion

(tuberkulos, kronisk bronkit) redan förefinnes, och i detta fall kan den tillkomna stegringen hafva en farlig karakter. Efter eternarkos iakttages stundom sådan lungåkomma, äfven då lungan förut veterligen ej varit angripen (ett senare fall, som icke ingår i den närvarande statistiken, bekräftar detta).

Då äfven en obetydlig lungaffektion förefinnes är väl bäst att föredraga kloroform, som dock icke håller säkerställer för lungkomplikationer.

P. K. MÖLLER (Danmark) omnämner tvänne fall.

1. 69 års man. Allmänna tillståndet godt. Lätt bronchitis före narkoserna (2 med 2 dagars mellanrum). Försämring därefter. Efter 8 dagar frisk. Eternarkos.

2. 27 års kvinna. Allmänna tillståndet godt. Eternarkos 55 minuter. Samma afton, som operation gjordes, tecken på pnevmoni + feber. Död 18 timmar därefter. Laparotomi för tumör.

#### f) Viktförlust efter narkosen.

SCEPELERN har fästat uppmärksamheten på viktförlusten som en efterverkan af narkos. Han har låtit väga 25 patienter före narkosen och under några dagar efter narkosen. Hos dem alla har han funnit viktförlust, och denna har fortfarit hos de flesta under ett par dagar, hos en och annan längre tid. Viktförlusten har i genomsnitt varit 5 % af kroppsvikten (maximum 13 % — minimum 1,6 %). Också här visade det sig hos de patienter, som voro kloroformerade flere gånger, att förhållandet med hänsyn till viktförlusten varierade något efter de olika narkoserna. Blott i ett par fall kunna smärtor eller feber antagas hafva inverkat komplicerande.

#### g) Muskeltremor efter narkosen.

HEINRICIUS anför långvarig muskeltremor som efterverkan efter eternarkos, och AF SCHULTÉN har antecknat 2 fall också af muskeltremor under eternarkos, hvilken tremor var i det ena fallet så stark, att operation icke kunde verkställas. Äfven d:r WARHOLM i Lund omnämner i 2 fall efter eternarkos häftig tremor särskildt i extremiteterna.

#### h) Hjärtsvaghet och kollaps efter narkosen.

Tillsammans äro 43 dylika fall antecknade och fördelas sålunda på de olika narkoserna:

Kloroform-eternarkos utan morfin . . . . . 8 fall (0,51 %).  
Kloroformnarkos (större mängd) utan morfin . . . . . 4 » (0,39 %).

Kloroformnarkos droppvis utan morfin . . . .	29 fall (0,32 %).
Eternarkos utan morfin . . . . .	2 » (0,15 %).

Om det tillåtes att göra slutsatser af dessa siffror, synes eternarkosen beträffande denna efterverkan vara fördelaktigare än kloroformnarkoserna, men denna goda egenskap hos etern synes dock blifva tvifvelaktig, då man ser den jämförelsevis mycket höga procenten af hjärtsvaghet efter kloroform-eter-narkos.

Då ännu jämförelsevis så få undersökningar, angående bedöfningsmedlens efterverkningar, äro gjorda och just nyss nämnda efterverkan är af största intresse, anser jag mig kunna förlänga denna sammanställning genom att anföra åtskilliga af de observerade fallen.

1. (v. WEYMANN i Wiborg). 43 års kvinna. Operation för lipoma subscapularis. Kloroform droppvis 17 cem. på 95 minuter. Hjärtsvaghet efter operationen. Stimulantia återställde pat.

2. (Norge). 3 fall med mattighet, blek ansiktsfärg och frekvent puls under 24—48 timmar efter narkosen.

3. H. MAAG. 1 fall, där pulsen 1 timme efter operationen blef mycket liten. Förbättring efter vin + eter. (Kloroform utan morfin).

4. Densamme. 58 års pat.; arterioskleros. Frekvent och oregelbunden puls under 2 dagar efter operationen. (Kloroform-eter).

5. Densamme. 70 års pat. med oregelbunden puls (morb. cordis). Efter operationen blef pulsen ännu mera oregelbunden. (Kloroform-eter). Båda de sista fallen förbättrades under loppet af ett par dagar under bruk af inf. digital.

6. O. BLOCH. 27 års kvinna, starkt medtagen, opererades för tumor cystic. ovar. dupl. Eternarkos under 105 min. (60 cem.). Icke särdeles nedsatt af operationen, men dagen därpå kollaps med liten hastig puls. Efter kallt bad, konjak, myskinjektion, hälsa.

7. (Östersunds lasarett.) 57 års man. Allmänna hälsotillståndet godt. Sarcoma antibrachii dextr. et glandul. axillæ dextr. Inga komplikationer från lungor, hjärta eller njurar. Exstirpation af svulsten och axillarkörtlarna. Inga medel gifna före narkosen. 47 cem. kloroform droppvis under 91 min. Tämmligen långvarigt excitationss stadium, sedan lugn. På morgonen dagen efter operationen ett anfall af hjärtsvaghet — blek, dålig puls, kallsvett. Fick vin och blef snart bättre.

8. (Östersunds lasarett.) 69 års man. Allmänna hälsotillståndet nedsatt. Sarcoma humeri dextr. Pat. hade före operationen bronkit + arterioskleros. Exarticulatio humeri. Inga medel gifna före narkosen.

Kloroform droppvis, 30 kem. under 105 min. Narkosens förlopp lugn. Inga accidenser. Pulsen efter operationen oregelbunden, dock ganska kraftig. Vin. Först på fjärde dagen pulsen åter så regelbunden som före operationen. Ej albumin.

9. (Östersunds lasarett.) 42 års man. Allmänna hälsotillståndet nedsatt. Arthrosis tubercul. pedis sin. cum fistulis + tuberculosis hallucis sin. Pat. hade före operationen vitium organ. cordis, (insufficiencia valvul. mitralis), inkompenseradt. Amputatio anticururis. Inga medel gifna före narkosen. Kloroform droppvis, 8 kem. Lätt och lugn narkos. På natten efter operationen ett anfall af hjärtsvaghhet, som gick öfver, sedan patienten fått vin.

10. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 47 års man. Potator. Fractura malleolaris cum luxatione pedis. Patienten hade svaga hjärttoner före operationen. Rédressement (gipsförband). Inga medel gifna före narkosen. Kloroform droppvis, 14 kem. på 4 min. Starkt men kortvarigt excitationstadium, därefter djup narkos. Omedelbart efter narkosen ganska oregelbunden puls.

11. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 59 års kvinna. Kloroformerad 11 gånger förut. Allmänna hälsotillståndet tämligen godt. Fibrosarcoma cutis inguin. et femoris. Inga komplikationer från lungor, hjärta eller njurar. Exstirpatio. Inga medel gifna före narkosen. Kloroform droppvis, 22 kem. på 12 min. Narkosens förlopp något oroligt. Pulsen var vid applikationens början 114, steg hastigt till 138 och höll sig sådan; för öfrigt svag. Omedelbart efter narkosens slut sjönk pulsfrekvensen till 40; patientens läppar synnerligen bleka. Puls svag; tog snart upp sig till 70 och blef kraftigare. Efter operationen fick patienten ett särdeles svårt svimningsanfall, puls dålig. Fick ett par sprutor eter jämte vin; kryade då till sig.

Samma kvinna dog efter eternarkos, se nedan!

12. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 37 års kvinna. Patienten har varit sjuklig 1 månads tid, lidit af bleksot och gastriska rubbningar. Hernia cruralis dextr. mobilis. Från hjärtat intet abnormt. Radikaloperation. Inga medel gifna före narkosen. Kloroform droppvis, 22 kem. under 16 min. Betydligt förlångsammande af pulsen under operationen (omkr. 50 i min.). Efter narkosen mätte patienten bra, tils 7 timmar efteråt, då pulsen blef trådfin, slutligen omärklig, patienten blef kall, likblek, kollaberad, fick 10—12 sprutor eter och kamferolja, invärtes mysk, kamfer, transfusioner: 800—1,000 kem. koksaltlösning (2 ggr). Tillståndet dåligt hela natten; på morgonen något bättre. Kräkningar af en gulbrun vätska på eftermiddagen, under natten kaffesumppliknande 2 eller 3 gånger; sedermera inga kräkningar. Pulsen förblef dålig under de två första dygnen efter operationen. Sedermera så småningom bättre, fastän hon under ett par veckor efteråt var mycket blek och svag.

13. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 20 års man. Allmänna hälsotillståndet godt. Hernia inguin. dextr. Inga komplikationer från



lungor, hjärta eller njurar. Radikaloperation (BASSINI). Kloroform, 15 cem. under 15 min. Kräkningar. Lindrigt asfyktiskt anfall. Samma dag på eftermiddagen, som operationen verkställdes, fick patienten ett epileptiformt anfall. Pulsen långsam, 40 slag i min. Följande dag pulsen fortfarande långsam. Lindrig icterus. För öfrigt utan anmärkning. Operationen verkställdes den  $\frac{2}{10}$ . Ända till den  $\frac{12}{10}$  pulsen betydligt förlångsammad (omkr. 45 slag). Sedan  $\frac{12}{10}$  puls 70—80. Allmänna tillståndet godt.

i) Dödsfall efter och i följd af narkosen.

Huruvida narkosen varit den enda verkliga orsaken till dessa dödsfall, är naturligtvis tvifvelaktigt, men då det är sannolikt, att den i de flesta fallen åtminstone i någon mon inverkat på den dödliga utgången, och iakttagarne själfva anmält fallen såsom förorsakade af bedöfningsmedlets efterverkningar, har jag ansett mig böra upptaga följande fall, på samma gång som jag vill anmärka, att en hel del fall, anförda såsom dödsfall efter narkosen, icke blifvit här upptagna, emedan den letala utgången kunnat förklaras af andra omständigheter.

I alt äro 18 fall antecknade såsom döda efter narkosen, nämligen:

Vid kloroformnarkos droppvis med morfin . . . . .	2 fall (2 %).
» kloroform-eternarkos utan morfin . . . . .	4 » (0,25 %).
» kloroformnarkos större mängd på en gång	
utan morfin . . . . .	2 » (0,18 %).
» eternarkos utan morfin . . . . .	2 » (0,15 %).
» kloroformnarkos droppvis utan morfin . . . . .	8 » (0,08 %).

Om man tillåtes draga några slutsatser af dessa siffror, hafva de 9,056 kloroformnarkoserna (droppvis utan morfin) varit — i afseende på dödsfall som efterverkningar efter narkosen — minst farliga. Därnäst komma de 1,279 eternarkoserna, som dock hafva varit nästan dubbelt så farliga som de nyss nämnda kloroformnarkoserna.

1,565 kloroformeternarkoser utan morfin hafva visat sig 3 gånger farligare i nyss nämnda afseende än de uppgifna kloroformnarkoserna.

Äfven om de 91 kloroformnarkoserna (droppvis med morfin) med 2 % dödsfall sammanslås med nyss nämnda kloroformnarkoser, förändras förhållandet obetydligt, emedan likväl endast 0,10 % dödsfall upptråda.

Rättast torde måhända vara att fördela dödsfallen på följande sätt:

11,047 kloroformnarkoser med 12 dödsfall *efter* narkosen = 0,10 %.

1,279 eternarkoser med 2 dödsfall *efter* narkosen = 0,15 %.

2,122 kloroform-eternarkoser med 4 dödsfall *efter* narkosen = 0,18 %.

1. (Helsingfors kirurgiska klinik.) En 14-årig gosse af liten kroppsbyggnad opererades först den 16 nov. 1893 för labium leporinum i lätt kloroformnarkos, hvarvid ingen anmärkning gjordes. Den 29 nov. opererades han för ett medfött ingvinalbråck. Han erhöll kloroform droppvis, 23 cm. på 55 minuter. Pulsen var dålig redan under operationen, och efter den samma var pat. blek, kall, cyanotisk. Pulsen snart ojämn. Oaktadt stimulantia ingen förbättring följande dag. Kräkning tillkommo. Pulsen 160, trådfin, temperaturen 39,2° på aftonen. Sensoriet klart. Såret öppnades, innehöll saugvinolent vätska. Då infektion fruktades, gjordes äfven ett litet snitt i linea alba. Bukhålan syntes alldeles frisk. Dog 36 timmar efter operationen.

Obduktionen visade intet spår af infektion, bukhålan alldeles normal, mjälten fast. En total syneki af hjärtat och perikardiet af äldre datum. Börjande bronkopnevmomi. — Antagligen berodde den dödliga kollapsen på kloroformens inverkan på hjärtat, hvars rörlighet genom perikardiets totala  $\frac{2}{3}$  var i hög grad inskränkt.

2. (HEINRICIUS.) På en 43 års medtagen kvinna gjordes myomatomi enligt CHROBAK. Hon fick  $\frac{1}{2}$  morf + atropin  $\frac{1}{2}$  spruta. Därpå 70 cm. kloroform på 130 minuter. Står till kollaps efter narkosen — ville ej vakna — puls 120. Fick 2 sprutor liqvor  $\frac{1}{2}$  n. Bang.  $\frac{1}{2}$  timme senare 500 gr. koksaltlösning subkutant utan verkan på pulsen. Vaknade kl. 4 e. m. 3 kräkningar. 1 spruta liqvor  $\frac{1}{2}$  n. Bang. Kl. 12 på natten stark kollaps — puls 150 — stimulantia. Följande dag 12 kräkningar, trådfin puls. Dog kl. 2 e. m.

Obduktion: Peritonitis incip. circumscript., paralysis cerebri, anæmia cerebri.

3. (Norge.) 79-årig kvinna med gangræna senilis, mitralinsufficiens och arterioskleros.

Före operationen gafs 1 cm. sulph. morph. subkutant. Efter användning af 10 cm. kloroform i omkr. 4 minuter, blef patienten ej kännbar och respirationen ytlig. Narkosen afbröts, och efter användning af 3 naftasprutor blef pulsen åter kännbar.

Det första dygnet efter operationen mätte pat. bra, men inne på andra dagens afton uppträdde kräkningar, hvaremot användes morfin, is, sinapismer och stimulantia. Kräkningarna fortforo, och döden inträdde på femte dygnet. Sektion icke företagen.

4. (Norge.) Medelålders kvinna. Operation: Cholecystomi. — Kloroformnarkos.

Strax efter narkosens slut uppträdde kollaps, som fortfor ända till döden följande dag kl. 9 f. m. Hon hade före operationen varit säng-

liggande i 4 månader på grund af upprepade anfall af gallstenskolik. Ytterst anemisk, litet ikterisk i seleræ.

5. (Norge.) 26-årig kvinna. Exstirpatio renis. Kloroform. Under operationen förekom ganska riklig blödning och omedelbart efter operationen var patienten mycket dålig -- kyliga extremiteter, cyanos. 9 timmar efter operationen hade blod genomträngt förbandet, trots fast tamponad af sårhålan, och döden inträdde 15 timmar efter operationen.

Sektion: Tuberculosis renis dextr., ulcus tuberculos. vesicæ, ulceræ tuberculosa intest. crassi.

Hæmorrhagia venæ renalis, anæmia organorum, degeneratio amyloid. lienis.

6. (Serafimerlasarettet.) Flicka, 7 år, intogs d.  $\frac{3}{5}$  94. Diagnos: Lymphomata tub. colli.

Rikligt med tuberkulösa körtlar å båda sidor af halsen, dels ytliga, dels djupare. Hjärtverksamheten något oregelbunden, i öfrigt intet abnormt. Den  $\frac{4}{5}$  undergick patienten operation, hvarvid körtlarna aflägsnades. Operationen varade  $2\frac{1}{2}$  timme, under hvilken tid pat. fick 30 kem. kloroform. Intet anmärkningsvärdt under operationen. De två följande dagarna hade pat. upprepade kräkningar; intet att anmärka för öfrigt. Natten emellan den 6 och 7 blef pat. plötsligt orolig, kastade sig af och an i sängen och började uppgifva gälla skrik. Vid då företagen undersökning befunnos operationssåren utan anmärkning. Hjärtverksamheten oregelbunden af normal frekvens. Ögonen utan anmärkning, så väl hvad iris som ögonbotten beträffar, ingen rubbning i ögonmusklernas koordination. Inga ryckningar eller kramp; respirationen normal. Urinen undersöktes ej. Ingen abnorm ausiktsfärg. Erhöll 5 mgm morfin, hvarefter hon sof 3 timmar. Vid uppvaknandet var pat. fullkomligt lugn. Efter en stund tog hon några djupa andetag och afled plötsligt den  $\frac{7}{5}$  94 kl. 7 f. m. Vid obduktion fans intet utom fettdegeneration i njurar och lever. Pat. anatom. diagnos: intoxicatio e chloroform. tard.

7. (Serafimerlasarettet.) Flicka, 10 år, intogs den  $\frac{7}{6}$  94. Diagnos: Osteomyelitis tub. tibiæ dextr. Arthritis tub. gen. dextr. Pat., förut opererad i Sundsvall, utskrefs därifrån för några dagar sedan. Den 19 gjordes uppmejsling af tibia, som i sin öfre halva var fylld af tuberkulösa granulationer; öfre epifysen på framsidan nekrotisk; genombrott åt knäleden. Som operationen tagit rätt lång tid och patientens krafter ej voro synnerligen starka, uppsköts resektionen af knäleden till den  $\frac{18}{7}$ , då patientens tillstånd betydligt bättrats. Ingenting från lungor, hjärta eller njurar. Hålan i tibia fylld af friska granulationer. Vid resektionen befans kapseln frisk, afvealedes brosken till stor del. I femur-epifyserna några mindre tuberk. härdar. — Under operationen, som från narkosens början till dess slut varade 1 tim. 20 min., erhöll pat. 17 kem. kloroform. Narkosen var besvärlig, ofta störd af kräkningar (pat. på vanligt sätt preparerad för operationen). Blödningen, högst obetydlig, stannade efter lossande af ESMARCKS binda för tamponad. Efter operationen var pat. mycket blek, pulsen liten, hastig, 160 i

min.; respirationen lugn. Svårighet att få pat. att vakna till fullt medvetande. Erhöll 2 kamferinsprutningar. På aftonen koksaltlösning subkutant; kamfer. Pat. hade upprepade kräkningar. Blef bättre senare på aftonen, så att, då hon klagade öfver svåra smärtor, hon erhöll 5 mgm morfin, hvarefter hon sof i 4 timmar. Vid uppvaknandet å nyo kräkningar; pulsen liten. Stimulantia.

Död den 19/7 kl. 7,30 f. m. — Vid sektionen intet positivt.

8. (STUDSGAARD.) 28-årig kvinna. Kloroform utan morfin. Dåligt allmäntillstånd. Peritonitis. Incisio. Död ett par timmar efter operationen. (Inga närmare upplysningar.)

9. (STUDSGAARD.) 12 års gosse. Kloroform utan morfin. Godt allmäntillstånd. Trepanering af processus mastoideus. 20 min. narkos. Död 20 timmar efter operationen. (Inga närmare upplysningar.)

10. (STUDSGAARD.) 57 års man. Kloroform utan morfin. Heus? Enterotomi. 55 min. narkos. Död 12 timmar efter operationen. (Inga närmare upplysningar.)

11. (EMIL MÜLLER, Danmark.) 45-årig kvinna med godt hälsotillstånd. (Cystofibroma uteri. Amputatio uteri supravaginalis.) Kloroform droppvis, 60 kem. utan morfin. Med undantag af obetydliga kväljningar befann hon sig väl till 20 timmar efter operationen, då en kräkning med efterföljande kollaps inträdde, som icke syuerligen påverkades af stimulantia. En inre blödning antogs, men öppningen af buksåret visade ingen sådan. Trots ytterligare stimulantia m. m. försämrades patienten och dog 30 timmar efter operationen.

12. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 47 års kvinna, allmänna hälsotillståndet godt. Inklämdt krunalbräck. Inga komplikationer åt lungor, hjärta eller njurar. Inga medel gifna före narkosen. 30 kem. kloroform på 45 min. Narkosens förlopp lugnt. På femte dagens morgon ett lindrigare anfall af hjärt pares, som dock gick öfver utan vidare åtgörande. På kvällen ett nytt anfall af hjärtsvaghet, där hjärtverksamheten dock ej gick att höja, utan aftog den samma altmer, och efter 1 tim. 20 min. inträffade exitus letalis.

Hjärtparen sen åtföljd af häftig ångest och oro, kyla i extremiteterna, afgång af fæces och stark svettning. Medel gifna: kamfer- och eterinjektioner (12—14 st.). Senapsduk å bröstet; frotteringar af benen och fötterna, konjak invärtes; glycerinlavemang.

Obduktionen visade, att hjärtat var af normal storlek, men särdeles slapt. Valvler och mynningar friska. Muskulaturen i högra hjärtkammaren å sina ställen nästan alldeles ersatt af fett, å öfriga ställen 1—2 mm. i tjocklek; å vänstra hjärtkammaren var tjockleken af muskulaturen 8—9 cm. med talrika i köttet insprängda hvita punkter och fläckar. Rätt stark fettbeläggning å ytan af hjärtat. — Från öfriga organ intet att anmärka, ej håller från bräcket.

13. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 60 års kvinna. Allmänna hälsotillståndet tämligen godt. Fibrosarcoma cutis inguin. et femoris. Inga komplikationer åt lungor, hjärta eller njurar. Exstirpatio. Inga

medel gifna före narkosen. 110 kem. eter under 55 min. Pat. är förut opererad 12 gånger för sin recidiverande åkomma. De första 11 operationerna utfördes under narkos, men då pulsen blef mycket dålig efter sista narkosen, utfördes den 12:e operationen utan narkos. När pat. nu skulle opereras för 13:e gången, gjorde hon till uttryckligt vilkor, att hon skulle sövas. När intet abnormt från hjärtat kunde höras, fick pat. en lätt eternarkos, nätt och jämt så djup, att hon var känslolös. Vid narkosens början var pulsen kraftig, vid operationens slut blef den nästan okännbar, men efter injektion af två sprutor kamfer och två dito eter, blef den åter ganska god. Detta varade dock ej länge, utan snart nog blef den åter dålig, och trots insprutning af 14 sprutor kamfer afled patienten 2 timmar efter operationens slut. Sektionen visade följande förändringar af hjärtat: Koronararterna tämligen slingriga samt här och hvar med förtjockningar i form af ljusa fläckar. I muskulaturen, som företedde en något i brunt stötande gråröd färg och vanlig genomskinlighet, finnes mikroskopiskt betydande pigmentvandling samt äfven tämligen stark intermuskulär bindvävsförökning. — Ej fett. — Från öfriga organ intet anmärkningsvärdt. (Om detta fall se ofvan!)

14. (P. K. MÖLLER.) 75-årig man. (Kloroformeter.) Pat. var mycket medtagen af cystitis och af arterioskleros. Narkosen 85 min. Mycket kollaberad och liten puls efter operationen. Eterinjektioner utan resultat; dog 3 timmar efter operationen.

15. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 39 års kvinna. Allmänna hälsotillståndet tämligen godt. Myoma uteri. Inga komplikationer från lungor, hjärta eller njurar. Kastration. Inga medel gifna före narkosen. 15 kem. kloroform + 392 kem. eter under 62 minuter. Obetydlig kräkning. Inga accidenser. Patientens tillstånd efter operationen var tillfredsställande de två första dagarna. På tredje dagen blef pulsen svagare, hastig och försvann slutligen, trots alla åtgärder. Vid sektion funnos inga septiska eller andra företeelser, som kunde förklara dödsfallet. Hjärtmuskulaturen var gråblek. Dödsorsak hjärtförlamning.

16. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 65-årig man. Allmänna hälsotillståndet jämförelsevis godt. Hjärtverksamheten god i förhållande till patientens ålder. Puls 72. Hernia ingvinal. mobil. dextr. Inga komplikationer från hjärta, lungor eller njurar. Radikaloperation efter BASSINI. Inga medel gifna före narkosen. 5 kem. kloroform + 60 kem. eter under 23 min. (5 min. kloroform, 18 min. eter). Narkosen ej djup, utom mot slutet. Pulsen blef dålig, liten, mjuk; frekvens 60. Patienten blef blek och visade tecken till kollaps. Efter injektion af två sprutor eter, höjde sig åter pulsen, och tillståndet bättrades. Patienten förblef vaken under slutet af operationen. Patienten mådde bra de första dagarna, men fem dagar efter operationen kollaberade patienten plötsligt och afled. Obduktion: hjärtat stort, slapt med betydlig fettdegeneration af muskulaturen och en betydlig arterioskleros i koronararterna. Båda lungorna i nedre loberna starkt hyperemiska, öfveralt luftförande; parenkymet ej skört; bronkernas slemhinna rodnad, obetydligt slembelagd. Mjälten, njurarna och lefvern, starkt blodfyllda,

visade intet abnormt. Hjärnans basala kärl ateromatösa, delvis förkalkade; hjärnan för öfrigt visade intet abnormt. Från öfriga organ intet att anmärka.

17. (Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.) 40 års man. Allmänna hälsotillståndet godt. Tumores alvi. (Lipomata retroperit.) Inga komplikationer från lungor, hjärta eller njurar. Laparotomia + exstirpatio. Inga medel gifna före narkosen. 15 kem. kloroform, 570 kem. eter under 3 tim. 15 min. Narkosen börjades med kloroform, men efter ungefär 15 min. blef patienten starkt cyanotisk. Pulsen blef liten och långsam; frekvens 44 från att ha varit normal. Patienten fick några etersprutor, hvarpå pulsen höjde sig. Narkosen fortsattes med eter; men patienten exciterade under början af narkosen trots upprepade eterdoser (200 kem. på 25 min.). Efter detta inträdde en mycket lugn och jämn narkos; dock måste hela tiden mycket rikliga etermängder tillföras patienten. Tillståndet efter operationen godt; pulsen kraftig; frekvens 100.

Ingen albuminuri efter operationen; prof tagna vid flere tillfällen. Väder afgick med lavemang, likaså fæces. Temperaturen omkring 38°. Inga som helst peritonitsymptom. Pulsen ganska kraftig och jämn.

Ungefär en half vecka efter operationen fick patienten plötsligt ett anfall af hjärt pares. Han började helt hastigt känna kyla, och pulsen blef trådfin. Patienten kallsvettades. Fick kamfer och eter subkutant samt vin. Tillståndet bättrades, och patienten var jämförelsevis kry några dagar, då han en dag, ungefär 14 dagar efter operationen, fick ett nytt anfall, kollaberade och dog efter några minuter, trots stimulantia (kamfer, eter).

Sektion: Hjärtat af vanlig storlek, riklig fettbeläggning; valvler och myningar friska. Muskulaturen af vanlig tjocklek, visade i vänstra kammaren här och där enstaka gulhvita stråk, men i samma kammare nära spetsen var den i betydlig utsträckning och grad uppblandad med dylika gulhvita stråk (stark fettdegen.). Gränsen mellan muskler och det perikardiala fettet öfveralt skarp och tydlig. Lungor, lefver, njurar blodrika, men för öfrigt utan anmärkning. Mjälten af normal storlek, lös och sladdrig; pulpan mörjig. Bukhålan: Ingen allmän peritonit. Rundt operationssåret fibrinösa membraner på perit. Retroperitonealt, där de exstirperade tumörerna legat, var den kvarvarande fettväfnaden varinfiltrerad.

18. (STUDSGAARD.) Dödsfall efter och i följd af eternarkos utan närmare upplysningar.

Slutligen skulle det hafva varit af synnerligt intresse att kunna få anföra samforskarnes olika åsikter om och indikationer för de olika narkoserna, men som endast från 3 å 4 iakttagare inkommit meddelanden i denna riktning, torde det vara rättast, att dessa uppgifter först inflyta i redogörelsen för en kommande samforskning i detta ämne, då man torde hafva anledning att hoppas, att forskarne hafva mera stadgat sina åsikter inom detta område och äro villiga att offentligen meddela dem.





Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania  
1895 om Radikaloperationer for Brok i Danmark,  
Finland og Sverige i Femåret 1890—1894.

I.

Beretning fra Danmark.

Statistisk sammenstillet

af

KR. POULSEN.

I Anledning af den af Nordisk Kirurgforening anstillede Fællesforskning indkom der Beretninger om 331 Hernier, fordelt i følgende Grupper:

*Ikke inkarcererede.*

H. ingvinalis ext. <i>non</i> incarc.	
Kvinder . . . . .	16 Tilfælde.
Mænd . . . . .	74 »
H. crural. <i>non</i> incarc. . . . .	34 »
H. lineæ albæ <i>non</i> incarc. . . . .	2 »
H. umbilical. <i>non</i> incarc. . . . .	1 »

*Inkarcererede.*

H. ingvinalis ext. incarc.	
Kvinder . . . . .	19 »
Mænd . . . . .	49 »
H. crural. incarc. . . . .	132 »
H. umbilical. incarc. . . . .	4 »

---

331 Tilfælde.









## Hernia inguinalis non incarcerated. Kvinder.

Nr.	Recidiv.	Patien- tens Alder.	Patientens Virk- somhed.	Brokkets Alder.	Kon- genit ell. hvervet	Re- poni- beft.	Båret brache- rim.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppara- tion.	Ligget efter Opera- tionen.	Bau- dage efter Opera- tionen.
1	Nej (54 Mån. eft. Op.)	59 År.	Ene.	Fleire År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Et.	Fingerspid.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
2	Ja (18 » » )	27 »	Husmandskone.	Fleire År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Et.	Fingerspid.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
3	Nej (21 » » )	34 »	Tjæneste pige.	2 Uger.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
4	Nej (18 » » )	24 »	Tjæneste pige.	1/2 År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
5	Ja (24 » » )	58 »	Afægtskone.	Fleire År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
6	Nej (60 » » )	38 »	Gårdmandskone.	Fleire År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.
7	Nej (9 » » )	28 »	Bedrestillet Husmoder.	6 År.	Erhv.	Ja.	Kort Tid, da detikke fåttes.	Et.	Fingerspid.	Katgut.	Supparat.	4 Uger.	Nej.
8 <sup>a</sup> 8 <sup>b</sup>	Nej (33 » » )	20 »	Fröken.	Fleire År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Ingvil- mal- hernie på bagge Sider.	Fingerspid.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
9	Nej (18 » » )	60 »	Syerske.	4 År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
10 11	Nej (9 » » )	43 »	Gift med Litograf.	{ 5 År 3 Mån. }	Erhv.	Ja.	Nej.	Ingvil- mal- hernie på bagge Sider.	Fingerspid.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
12	Nej (9 » » )	40 »	Gift med Gartner.	3 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	Fingerspid.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.



B. Mænd. 74 Hernier hos 68 Patienter (6 dobbelt Ingvinalhernie). 2 døde.<sup>1)</sup>

Operationen er udført I) ved Afbinding af Broksækken og Suturer på Brokporten; crura ere trukne sammen ved mere eller mindre dybtfattende Suturer; II) efter BASSINI; III) efter MACEWEN.

I) Mere eller mindre dybtfattende Suturer på crura.

69 Hernier ere opererede, heraf 2 døde (Mortalitetsproc. 2,9) der havest Efterretninger om 31. Recidivfri 20. Recidiv 11.

I 3 Tilfælde vides ikke, når Recidivet er opstået; de øvrige Tilfælde fordele sig efter Månederne:

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.
Recidivfri . . . . .	—	—	3	4	4	—	4	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	20
Recidiv . . . . .	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	11

a) Patientens Alder.

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.	
1—10 År . . . . .	{ R.f.	—	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5
	{ R.	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
11—20 , . . . . .	{ R.f.	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
	{ R.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21—30 , . . . . .	{ R.f.	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	4
	{ R.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
31—40 , . . . . .	{ R.f.	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
	{ R.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
41—50 , . . . . .	{ R.f.	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3
	{ R.	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
51—60 , . . . . .	{ R.f.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	{ R.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
60 , . . . . .	{ R.f.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
	{ R.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

<sup>1)</sup> I. 56-årig Mand, der havde et immobilt, gammelt, 20 cm. langt Skrotalhernie, hvori Tyndtarra og Oment; på Grund af Adhæreencer foretoges castratio; Temp steg, og der intrådte mors Dagen efter; ved Sektionen fandtes begyndende peritonitis. II. 51-årig Mand med et immobilt, omentalt Skrotalhernie; der kom phlegmoae i Såret (Katgut-Infektion); død pludselig 8 Dage efter Operationen. Ved Sektionen fandtes embolia art. pulm., thrombosis septica plexus pampiniformis.







## I) Operationer ved mere eller mindre dybtfattende Suturer på crura.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibilit.	Båret bræche-rtium.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (18 M.)	27 År.	Fotograf.	8 År.	Kongenit.	Nej.	De første 4 År.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Asepsis.	1 Måned.	Ja.
2 <sup>a</sup> 2 <sup>b</sup>	Nej (15 M.)	4 År.	—	2 År.	Kongenit.	Ja.	Nej.	{ Dobbelt Ingvinal- nal- hernie. }	?	?	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
3	Nej (48 M.)	61 År.	Jordbruger.	Mange År.	Erhv.	Delvis.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Ja.
4	Ja (6 M.)	48 År.	Arbejdsmand.	20 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
5	Ja (12 M.)	48 År.	Arbejdsmand.	10 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
6	Nej (15 M.)	53 År.	Jordbruger.	?	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	3 Fingre.	Silke.	Asepsis.	4 Uger.	{ Ja (i co) Må.) }
7	Nej (12 M.)	17 År.	Stud. art.	10 År.	Kongenit.	Ja.	Ja.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
8	Ja (uårl?)	57 År.	Jordbruger.	Mange År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	?	Silke.	Suppurat.	4 Uger.	Nej.
9	Nej (80 M.)	1½ År.	—	1½ År.	Kongenit.	Ja.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
10	Ja (uårl?)	52 År.	Jordbruger.	10 År.	Erhv.	Ja.	Delvis.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
11 <sup>a</sup> 11 <sup>b</sup>	Nej (24 M.)	39 År.	Jordbruger.	10 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	{ Dobbelt Ingvinal- nal- hernie. }	?	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reposi- cibelt.	Båret brache- rum.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppura- tion.	Ligget efter Opera- tionen.	Bandage efter Opera- tionen.
12	Nej (24 M.)	1 År.	—	1 År.	Kongenit.	Nej.	Nej.	{ Um- bilikal- hernie.	1 Finger.	Katgut.	Suppurat.	3 Uger.	Nej.
13	Nej (18 M.)	3 År.	—	3 Uger.	Kongenit.	Ja.	Nej.	Et.	?	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
14	Nej (18 M.)	45 År.	Böcker.	13 År.	Erhv.	Ja.	?	Et.	1 Finger.	Katgut.	Suppurat.	6 Uger.	Nej.
15	Nej (18 M.)	41 År.	Jordbruger.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
16 <sup>a</sup> 16 <sup>b</sup>	{ Ja (12 M.)	3 År.	—	3 År.	Kongenit.	Ja.	Nej.	{ Dobbel- t Ingvil- nal- hernie.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
17	Nej (15 M.)	11 År.	—	11 År.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
18	Ja (12 M.)	71 År.	Købmand.	49 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
19	Nej (12 M.)	16 År.	Tjænestedreng.	13 År.	Kongenit.	Ja.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
20	Ja (6 M.)	36 År.	Maskinfører.	Flere År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
21	Ja (når?)	35 År.	Tjænestekarl.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Suppurat.	2 Måa.	Nej.
22	Nej (54 M.)	22 År.	Lærer.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
23	Nej (12 M.)	25 År.	Maskinarb.	Flere År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
24	Ja (12 M.)	30 År.	Tjænestekarl.	Flere År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	4 Uger.	Nej.
25	Nej (42 M.)	37 År.	Brygmester.	Flere År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Et.	Fingerspids.	{ Fil de Flo- rence.	Suppurat.	10 Uger.	Nej.
26	Nej (30 M.)	31 År.	Fuldmægtig.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	5 Uger.	Nej.
27	Nej (24 M.)	25 År.	Købmand.	6 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
28	Ja (12 M.)	47 År.	Fattiglem.	7 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.

## II) Opererede efter Bassini.

4 Patienter ere opererede efter denne Metode, om 2 havest senere Efterretninger.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret bracharium.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Ja (6 Mån.)	80 År.	Væzter.	40 År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej. <sup>1)</sup>
2	Ja (4 Mån.)	60 År.	Arbejdsmand.	Flere År.	Erhv.	Ja.	Nej.	Et.	2 Fingre.	Katgut.	Suppurat.	6 Uger.	Nej. <sup>1)</sup>

1) Efter Operationen opstod Ingvinalhernie på den anden Side.

## III) Opererede efter Macewen.

Kun følgende Patient er opereret efter denne Metode.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret bracharium.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Ja (4 Mån.)	29 År.	Smed.	Flere År.	Erhv.	Ja.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	4 Uger.	Nej.

## II. Hernia cruralis non incarcerata.

34 *Hernier* hos 8 Mænd og 26 Kvinder. *Ingen døde.*

Operationen er udført I) ved simpel Afbinding af Sækken og Lukning af Hudsåret enten ved Etage-suturer eller ved dybtfattende Suturer; II) ved Suturer på Brokporten.

### I) Ingen Sotur på Brokporten.

26 *Hernier* ere opererede, om 11 have Efterretninger. *Recidivfri 10* (1 Mand og 9 Kvinder.)  
*Recidiv 1* (Mand.)

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	Sum.
Recidivfri . . . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	10
Recidiv . . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

I de fleste Skemmer er Brokportens Størrelse ikke angiven, jeg har da sat Størrelsen for små *Hernier* (dueågstore, valnødstore) til »Fingerspidsen», middelstore *Hernier* (hønseågstore) til »1 Finger», store *Hernier* (knythåndstore, barnehovedstore) til »2 Fingre».



## I) Ingen Sutrur på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brakkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret bracharium.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage Operationen.
1	Ja (6 Mån.)	39 År.	♂	Jordbruger.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
2	Nej (30 Mån.)	28 År.	♀	Gift.	2 År.	Erhv.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
3	Nej (24 Mån.)	40 År.	♀	Syerske.	7 År.	Erhv.	?	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	2 Uger.	Ja.
4	Nej (60 Mån.)	24 År.	♀	Gift.	2 År.	Erhv.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
5	Nej (48 Mån.)	25 År.	♀	Husbestyrerinde.	3½ År.	Erhv.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
6	Nej (48 Mån.)	28 År.	♀	Gift.	10 År.	Erhv.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
7	Nej (36 Mån.)	47 År.	♀	Arbejderske.	6 År.	Erhv.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
8	Nej (33 Mån.)	39 År.	♂	Skipper.	2 År.	Erhv.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
9	Nej (30 Mån.)	40 År.	♀	Gift.	1 År.	Erhv.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
10	Nej (24 Mån.)	51 År.	♀	Gift.	14 År.	Erhv.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
11	Nej (60 Mån.)	68 År.	♀	Tjenestepige.	Mange År.	Erhv.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.

## II) Opererede ved Sutrur på Brokporten.

8 Hernier ere opererede, om 5 have Efterretninger, *alle* have holdt sig *recidivfri*. I 2 Tilfælde er fascia pectinea sutureret til lig. Poupartii; i de andre 3 Tilfælde er en Snip af fascia pectinea dissekeret løs og slået op til Ligamentet, hvortil den er fastsyet.

## II) Sutur på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret bracherrunn.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (36 Mån.)	40 År.	♀ Gift.	4 År.	Erbv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Ja.
2	Nej (18 Mån.)	42 År.	♀ Gift.	3 År.	Erbv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
3	Nej (12 Mån.)	45 År.	♂ Fabrikant.	1 Uge.	Erbv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
4	Nej (12 Mån.)	34 År.	♀ Tjænstepige.	10 År.	Erbv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
5	Nej (27 Mån.)	34 År.	♀ Gift.	2 År.	Erbv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Nej.

## III. Hernia lineæ albæ non incarcerata.

2 Tilfælde, bølge hos 24-årige Mænd, siddende midt mellem proc. ensiformis og umbilicus; bølge små af Størrelse, det ene bestod af en tom Broksæk, det andet indeholdt Oment. Kun om det ene haves Efterretninger. Ingen døde. Der er lagt Suturer på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret bracherrunn.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (24 Mån.)	24 År.	♂ Tjænstekarl.	1 1/2 År.	Erbv.	Ja.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	10 Dage	Nej.

IV. *Hernia umbilicalis non incarcerata.*

Kun nedenstående Tilfælde er opereret.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret brachrium.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (24 Mån.)	♂ 1 År.	—	1 År.	Kongenit.	?	Nej.	{ Højresidigt } { Ingvinalh. }	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.

V. *Hernia inguinalis ext. incarcerata.*

A. Kvinder. 19 *Hernier* hos 19 Patienter; *ingen døde*. Operationen er udført I) med Suture på Brokporten, *crura* ere dragne sammen ved mere eller mindre dybtfattende Suture. II) ved simpel Afbinding af Sækken *uden* Suture på Brokporten.

I) Suture på Brokporten. 17 Tilfælde; om 5 have senere Efterretninger. *Recidivfri 4. Recidiv 1.*

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.
Recidivfri . . . . .	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4
Recidiv . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

II) Uden Suture på Brokporten. 2 Tilfælde, det ene recidivfrit i 21 Måneder, det andet recidivfrit i 36 Måneder.

### Hernia ingvinalis ext. incarcerata.

#### I) Opererede med Suturer på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponnibelt.	Blæret bræcherinn.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Band efter Operationen.
1	Ja (?)	61 År.	Gift.	Få Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
2	Nej (48 Mån.)	14 År.	—	1 År.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	Nogle Uger.	Ja.
3	Nej (21 Mån.)	—	Enke.	12 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Mobil, ikke opereret ingvinalhernie på den anden Side.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	16 Dage.	Ja.
4	Nej (18 Mån.)	64 År.	Gårdmandskone.	10 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
5	Nej (18 Mån.)	16 Mån.	—	1 Dag.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	Nogle Uger.	Nej.

#### II) Opererede uden Sutur på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponnibelt.	Båret bræcherinn.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (21 Mån.)	63 År.	Gårdmandskone.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	?	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
2	Nej (36 Mån.)	44 År.	Husholderske.	3 Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	?	Asepsis.	3 Uger.	Nej.

B. Mænd. 49 *Hernier* hos 48 Patienter. 10 døde. Operationen er udført 1) uden Sutar på Brokporten. II) med simple Sutarer på Brokporten, mere eller mindre dybtfattende, hvorved crura ere trukne sammen. III) ad modum Bassini.

I) Uden Sutar på Brokporten. 18 *Hernier* hos 18 Patienter. 1 død. (5 Dage efter Operationen døde Patienten af peritonitis som Følge af Perforation af den reponerede Tarmslynge.)

Om 11 *Hernier* haves senere Efterretninger. *Recidiv* 6. *Recidiv* 5.

Måneer.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.
Recidivfri . . . . .	—	1	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6
Recidiv . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4

**Hernia inguinalis ext. incarc. Mænd. I) Opererede uden Sutar på Brokporten.**

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret brachium.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Liggert eller Operationen.	Bandage eller Operationen.
1	Ja (12 Mån.)	31 År.	Assistent.	?	Kongenit.	Nej.	Ja.	Et.	2 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
2	Nej (30 Mån.)	18 År.	Stud. art.	5 Tinner.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	?	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
3	Ja (?)	39 År.	Handlende.	12 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	1 Uger.	Ja.
4	Nej (42 Mån.)	62 År.	Jordbruger.	6 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3½ Uge.	Ja.
5	Ja (?)	75 År.	Almisseleu.	Mange År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	8 Uger.	Ja.
6	Nej (36 Mån.)	36 År.	Fisker.	8 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.
7	Nej (15 Mån.)	65 År.	Røgter.	17 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	1 Uger.	Ja.
8	Nej (12 Mån.)	58 År.	Jordbruger.	5 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3½ Uge.	Ja.
9	Ja (?)	77 År.	Gartner.	Mange År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uge.	Nej.
10	Ja (?)	24 År.	Smed.	24 År.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
11	Nej (9 Mån.)	65 År.	Koutformand.	14 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	1 Uger.	Ja.



a) *Patientens Alder.*

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.	
1—10 År .	{R.f.																			1	1	
	{R.	1																				1
11—20 » .	{R.f.																					
	{R.									1												1
21—30 » .	{R.f.																					
	{R.																					
31—40 » .	{R.f.														1							1
	{R.	1																				1
41—50 » .	{R.f.			1												1						2
	{R.																					
51—60 » .	{R.f.			1			1						1									3
	{R.																					
60 År . . .	{R.f.	1														1						2
	{R.	4																			2	6

b) *Patientens Virksomhed.*

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.	
Svært Legemsarbejde.	{R.f.	1													2							3
	{R.	4																				4
Let Legemsarbejde.	{R.f.			1			1						1									3
	{R.																			1		1
Ikke Legemsarbejde.	{R.f.			1											1				1			3
	{R.	2									1									1		4

c) *Brokkets Alder.*

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.	
1 År . . . . .	{R.f.												1						1			2
	{R.										1											1
1—5 År . . . . .	{R.f.																					
	{R.	1																				1
6—10 År . . . . .	{R.f.																					
	{R.	1																				1
11—20 År . . . . .	{R.f.			1			1								1							3
	{R.																					
20 År . . . . .	{R.f.	1		1											2							4
	{R.	4																		2		6







## Hernia ingvinalis ext. incarcerated. Mænd. II) Opererede med mere eller mindre dybtfattende Suturer på erura.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret bracharium.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (60 M.)	3 År.	—	1 Dag.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	?	{ Ja 1 År efter } Operationen, { senere ikke. }
2	Nej (48 M.)	50 År.	Bager.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
3 a	{ Nej (48 M.)	77 År.	Bud.	15 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	{ Dobbelt } { Ungvinalh. }	2 Fingre.	Silke.	Suppurat.	4 Uger.	Nej.
3 b	{ Ja (6 M.)	78 År.	—	16 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	—	2 Fingre.	Silke.	Asepsis.	18 Dage.	Ja (kort Tid).
4	Ja (36 M.)	12 År.	—	Kort Tid.	Kongenit.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Suppurat.	5 Uger.	Nej.
5	Nej (48 M.)	33 År.	Smed.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Suppurat.	2 Mån.	Ja.
6	Ja (?)	65 År.	Grosserer.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	16 Dage.	Ja.
7	Ja (6 M.)	71 År.	Murer.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	18 Dage.	Ja.
8	Ja (6 M.)	65 År.	Jordbruger.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	3 Fingre.	Katgut.	Suppurat.	3 Uger.	Ja.
9	Nej (6 M.)	68 År.	Smed.	25 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	2 Fingre.	Katgut.	Suppurat.	5 Uger.	Nej.
10	Nej (24 M.)	55 År.	Skrædder.	16 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
11	Ja (?)	75 År.	Jordbruger.	15 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	{ Dobbelt } { Ungvinalh. }	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Ja.
12	Nej (12 M.)	42 År.	Jordbruger.	Mange År.	Kongenit.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
13	Ja (6 M.)	35 År.	Sømand.	9 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
14	Ja (6 M.)	61 År.	Bager.	30 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
15	Ja (6 M.)	5 År.	—	5 År.	Kongenit.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
16	Nej (42 M.)	60 År.	Litograf.	3 Dage.	Erhv.	Nej.	—	{ Dobbelt } { Ungvinalh. }	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
17	Nej (12 M.)	52 År.	Lem.	12 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	?	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.

## III) Opererede ad modum Bassini.

3 Tilfælde. Ingen døde. Om 2 haves Efterretninger.

## Hernia inguinalis ext. incarcerated. Mænd. III) Opererede ad modum Bassini.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit eller erhvervet.	Reponibelt.	Båret brachrium.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (6 Mån.)	20 År.	Maler.	Flere År.	Kongenit.	Nej.	?	Et.	1 Finger.	Katgut.	Suppurat.	4 Uger.	Nej.
2	Nej (6 Mån.)	46 År.	Skrædder.	6 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.

## VI. Hernia cruralis incarcerata.

132 *Hernier* hos 131 Patienter [122 Kvinder (1 dobbelt Hernie) + 9 Mænd].

Operationen er udført I) ved simpel Afbinding af Sækken og Lukning af Hudsåret enten ved Etagesutur eller ved dybtfattende Suturer. II) med Suturer på Brokporten.

I) Ingen Sutur på Brokporten. 105 *Hernier* hos 104 Patienter [97 Kvinder (1 dobbelt Hernie) + 7 Mænd].

10 døde:

- N:o 1. 52-årig Kvinde † 14 Dage efter Operationen, måske af sepsis, udgående fra det suppurede Sår. Der er ingen fuldstændig Sektion; kun konstateredes, at der ikke var nogen præperitonæal Absces eller peritonitis.
- » 2. 77-årig Kvinde † samme Dags Aften af begyndende peritonitis.
- » 3. 86-årig Kvinde † 6 Dage efter Operationen af purulent bronchopneumonia og bronchopneumonia.
- » 4. 57-årig Kvinde † samme Dag af peritonitis.
- » 5. 79-årig Kvinde † 4 Dage efter Operationen af bronchopneumonia.
- » 6. 73-årig Kvinde † 3 Dage efter Operationen af peritonitis.
- » 7. 59-årig Mand † 2 Dage efter Operationen af peritonitis.
- » 8. 67-årig Kvinde † samme Dag af Kollaps. Ingen Sektion.
- » 9. 57-årig Kvinde † 7 Dage efter Operationen, som det synes, af sepsis, udgående fra det suppurede Sår. Hun døde under stigende Temperatur; der er intet Sektionsreferat, kun følgende er noteret: »Ved Sektionen fandtes ingen peritonitis. causa mortis var morbus cordis».
- » 10. 25-årig Kvinde † 17 Dage efter Operationen af peritonitis, fremkaldt ved Perforation af den reponerede Tarm.

Af disse 10 Tilfælde er der måske 2 (N:o 1 og 9), hvor Døden kan sættes i direkte Relation til Operationen; der kom profus Suppuration i Herniotomisåret, der bagefter var lukket komplet; Pat. dør under stigende Temperaturer, måske drejer det sig her om sepsis. Derimod kan i de andre Tilfælde Døden ikke sættes i direkte Forbindelse med Operationen.

5 Patienter ere døde af Kollaps og peritonitis, som har været tilstede før Operationen. 1 er død af peritonitis, fremkaldt ved senere opstået Perforation af den reponerede Tarm. 2 gamle Patienter ere døde af pectoralia. 2 endelig måske af sepsis.

Blandt de levende haves Efterretninger om 44 *Hernier* hos 43 Patienter (41 Kvinder og 2 Mænd). *Recidiv* 29 (28 Kvinder (1 dobbelt) og 1 Mand). *Recidiv* 15 (14 Kvinder og 1 Mand).







## Hernia cruralis incarcerata. I) Opererede uden Sutur på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit ell. erhvervet.	Reponibelt.	Båret hrachorium.	Et eller flere Brok.	Porteus Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppurat.	Ligget efter Operationen.	Bandage eller Operationen.
1	Ja (?)	53 År.	♀ Fröken.	2 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	2 Uger.	Ja.
2	Nej (48 M.)	30 År.	♀ Gift med Arb.	Fleere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
3	Nej (36 M.)	58 År.	♀ Gift med Arb.	Fleere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
4	Ja (?)	44 År.	♀ Gift med Høker.	Fleere År.	Erhv.	Nej.	?	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
5	Ja (?)	40 År.	♀ Enke.	20 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
6	Ja (?)	78 År.	♀ Enke.	Et Par År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Suppurat.	2 Uger.	Ja.
7	Nej (27 M.)	42 År.	♀ Gift med Arb.	4 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
8 <sup>a</sup>	Nej (24 M.)	60 År.	♀ Ugift.	?	Erhv.	Nej.	?	Dobbelt Krunal-hermie hos samme Patient.	?	Silke.	Asepsis.	?	Ja.
8 <sup>b</sup>													
9	Nej (24 M.)	73 År.	♀ Enke.	3 Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	14 Dage.	Nej.
10	Nej (12 M.)	48 År.	♀ G m. Jordbruger.	3 Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
11	Nej (12 M.)	69 År.	♀ Enke.	Fleere År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
12	Nej (12 M.)	69 År.	♀ Gift m. Skrædder.	Fleere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Suppurat.	4 Uger.	Nej.
13	Nej (12 M.)	56 År.	♀ Gift med Arb.	3 Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Suppurat.	5 Uger.	Net.
14	Nej (36 M.)	Voxen.	♀ Arbejderske.	10 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
15	Ja (6 M.)	67 År.	♂ Murer.	Få Timer.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
16	Nej (36 M.)	Voxen.	♀ Gift med Arb.	Fleere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
17	Nej (36 M.)	59 År.	♀ Gift med Arb.	10 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
18	Nej (36 M.)	55 År.	♀ G m. Jordbruger.	4 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
19	Nej (36 M.)	55 År.	♀ G m. Jordbruger.	4 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.



21	Nej (12 M.)	61 År.	♀	Gift med Arb.	3 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Den yngre på anden Side.	Fingerspids, Katgut.	Suppural.	3 Uger.	Nej.
22	Nej (48 M.)	75 År.	♀	Enke.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger. Silke.	Asepsis.	?	Nej.
23	Nej (48 M.)	53 År.	♀	Ugift.	1 Dag.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
24	Ja (24 M.)	63 År.	♀	?	20 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger. Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
25	Ja (?)	53 År.	♀	Gift med Arb.	4 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids. ?	Asepsis.	4 Uger.	Nej.
26	Nej (30 M.)	36 År.	♀	Handlende.	2 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	{ Kruval- hernie på anden Side.	1 Finger. Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
27	Nej (24 M.)	53 År.	♀	Vasker pige.	3 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	2 Fingre. Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
28	Nej (12 M.)	64 År.	♀	Enke.	1 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
29	Nej (12 M.)	84 År.	♀	Enke.	?	Erhv.	Nej.	?	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
30	Ja (6 M.)	62 År.	♀	Handlende.	10 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3½ Uger.	Ja.
31	Ja (12 M.)	68 År.	♀	Enke.	Mange År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	2 Fingre. Katgut.	Asepsis.	6 Uger.	Ja.
32	Nej (6 M.)	28 År.	♀	G. m. Jordbruger.	1 Dag.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3½ Uger.	Nej.
33	Ja (?)	65 År.	♀	G. m. Jordbruger.	16 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger. Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
34	Ja (12 M.)	69 År.	♀	Enke.	Mange År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger. Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
35	Nej (24 M.)	48 År.	♀	Gift.	12 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.
36	Nej (39 M.)	37 År.	♀	Syerske.	1 Dag.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
37	Nej (48 M.)	55 År.	♀	Arbejderske.	1 Dag.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Nej.
38	Nej (12 M.)	47 År.	♀	G. m. Jordbruger.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.
39	Ja (?)	63 År.	♀	Frøken.	8 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.
40	Nej (12 M.)	50 År.	♀	G. m. Jordbruger.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids, Katgut.	Asepsis.	3½ Uger.	Ja.
41	Ja (?)	43 År.	♀	Gift med Smed.	22 År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger. Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
42	Nej (51 M.)	45 År.	♀	Gift med Arb.	1 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger. Katgut.	Asepsis.	4 Uger.	Nej.
43	Ja (?)	78 År.	♀	Aftægtskone.	Mange År.	Erhv.	Nej.	Ja.	Et.	1 Finger. Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.

## II) Opererede med Sutr på Brokporten.

27 *Hernier* hos 27 Patienter (25 Kvinder + 2 Mænd).

### 2 døde:

- N:o 1. 100-årig Kvinde † 4 Dage efter Operationen af Kollaps. Sårets Udseende reaktionsløst.  
 » 2. 67-årig Kvinde † 4 Dage efter Operationen af peritonitis, der var tilstede før Operationen.

Af de levende haves Efterretninger om 12. *Recidivfri* 10. *Recidiv*. 2.

Måneder.	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	?	Sum.	
Recidivfri . . . . .	—	—	1	2	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	10
Recidiv . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2

I to Tilfælde (Recidivfri) er en Snip af fascia pectinea præpareret fri og slået op og sutureret til lig Pourpartii; i de andre Tilfælde er fascia pectinea simpelt hen sutureret til Ligamentet.

## Hernia cruralis incarcerata. II) Opererede med Suttur på Brokporten.

Nr.	Recidiv.	Patientens Alder.	Patientens Virksomhed.	Brokkets Alder.	Kongenit ell. erhvervet.	Reponibilit.	Båret eller bræche-rium.	Et eller flere Brok.	Portens Vidde.	Katgut eller Silke.	Asepsis eller Suppuration.	Ligget efter Operationen.	Bandage efter Operationen.
1	Nej (60 M.)	41 År.	♀ Gift med Smed.	Et Par År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	4 Uger.	Ja.
2	Ja (?)	45 År.	♀ Enke.	7 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Suppurat.	3 Uger.	Ja.
3	Nej (48 M.)	46 År.	♀ Gift.	1½ Dag.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
4	Nej (15 M.)	40 År.	♂ Jordbruger.	1 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Nej.
5	Ja (18 M.)	69 År.	♀ Enke.	2 Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	5 Uger.	Nej.
6	Nej (21 M.)	71 År.	♀ Enke.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
7	Nej (18 M.)	46 År.	♀ Gift med Jordbruger.	3 Uger.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Asepsis.	2 Uger.	Nej.
8	Nej (12 M.)	31 År.	♂ Väver.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Katgut.	Suppurat.	5 Uger.	Nej.
9	Nej (27 M.)	42 År.	♀ Gift med Murer.	2 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	Fingerspids.	Silke.	Asepsis.	4 Uger.	Nej.
10	Nej (24 M.)	42 År.	♀ Bestyrerinde.	1 År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	2 Fingre.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
11	Nej (21 M.)	46 År.	♀ Gift med Jordbruger.	2 Dage.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.
12	Nej (15 M.)	75 År.	♀ Aføgtskone.	Flere År.	Erhv.	Nej.	Nej.	Et.	1 Finger.	Silke.	Asepsis.	3 Uger.	Ja.

## VII. Hernia umbilicalis incarcerata.

### 4 Hernier. (3 Kvinder + 1 Mand.)

#### 3 døde:

- N:o 1. 44-årig Kvinde, † 5 Dage efter Operationen (Herniet, der var 9 Cm. langt, indeholdt betændt Oment) under stigende Temperatur. Sektionsdiagnosen lyder på: Degen. parenchym. organorum; fibromyomata uteri. Ved Herniotomien var Brokporten trukken sammen med fil de Florence, Hudsåret udtamponeret. Så vidt man kan skønne, er Patienten død af *sepsis*.
- » 2. 69-årig Kvinde. † samme Dag som Operationen; det drejede sig om et meget stort Hernie, hvori fandtes det meste af colon transv.; også her droges Brokringen sammen med Silkesuturer. Døden skyldes *Kollaps*. S. D.: Atrofia og deg. parenchym. organorum; fibromata uteri.
- » 3. 62-årig Kvinde, † Dagen efter Operationen. Herniet var appelsinstort, indeholdt Oment og en Tyndtarmslynge; Brokporten droges sammen med Katgut. Der foreligger ingen Sektion; men Patienten var meget medtagen og kollaberet før Operationen, så Døden skyldes ved *Kollaps* og *peritonitis*.

Om den Patient, der overstod Operationen, haves ingen senere Efterretninger.

Jeg har i det foregående indskrænket mig til simpelt hen at sammenstille de forskellige Tal og undladt at drage videregående Slutninger; det ses let, at der mangler altfor mange Oplysninger om de opereredes senere Skæbne; Tallene blive derved for små. Det kan dog ikke nægtes, at det synes, som om de her i Landet almindeligt anvendte Operationsmetoder, der jo væsentlig komme ind under Kategorien: ældre Metoder, ikke med Hensyn til Recidivfrihed have givet så gode Resultater, som de, der foreligger fra Steder, hvor nyere Metoder, f. Ex. BASSINI'S eller KOCHER'S, ere bragte i Anvendelse.

## II.

### Bidrag från Finland till Nordiska kirurgiska föreningens samforskning rörande radikal operation af bräck.

meddelade

af

M. W. AF SCHULTÉN.

*Radikaloperationer af bräck, utförda på kirurgiska kliniken i Helsingfors åren 1891—1894*, bilda det bidrag vi kunna lemna. De af en del finska kolleger lemnade referat af sådana operationer gälla allt för fåerska fall för att för närvarande kunna tillgodogöras. De år 1890 på kliniken utförda operationerna eller rättare de sagda år efter operationer utskrifna patienterna äro ej tagna i betraktande, enär de få operationer, som utfördes, icke gjordes enligt den sedan af mig vid ingvinalbräck uteslutande tillämpade BASSINIS metod, hvaraf en splittring af materialet skulle uppstått.

Tillsammans hafva 261 *radikaloperationer* utförts åren 1891—94, af hvilka 230 gälla icke inklämda bräck, 31 inklämda sådana. Operationernas fördelning på de skilda åren var följande:

	1891	1892	1893	1894
Icke inklämda bräck . . . . .	30	41	70	90
Inklämda bräck . . . . .	6	8	8	9
	36	49	78	99

De opererade bräckens fördelning i olika slag samt operationernas resultat framgår af följande allmänna öfversikt.

**Öfversikt af radikaloperationer för bräck, utförda på kirurgiska  
klinikerna i Helsingfors åren 1891—94.**

	Antal fall.	Dödsfall.	Senare re- sultat kända.	Recid.
<i>I. Icke inklämnda bräck.</i>				
II. ingvinalis extern. hos män, opererade enl. Bassini . . .	161	2	91	12 (13,2 %)
H. ingvinalis intern. opererade enl. Bassini . . . . .	45	0	30	7 (23,3 %)
H. ingvinalis hos kvinnor . .	7	0	5	0
H. cruralis . . . . .	10	0	6	1
H. umbilicalis . . . . .	2	0	0	0
H. epigastrica . . . . .	3	0	1	0
H. ventralis . . . . .	2	0	0	0
	230	2	133	20.
 <i>II. Inklämnda bräck.</i>				
II. ingvinalis extern. hos män, opererade enl. Bassini . . .	22	2	12	1
H. ingvinalis intern, opererade enl. Bassini . . . . .	1	0	1	1
H. cruralis . . . . .	6	0	2	1
H. umbilicalis . . . . .	2	0	1	1
	31	2	16	4.

*Ann.* Recidivfriheten är konstaterad under 12 månader efter operationen, utom i 6 fall, där pat: död eller bortflyttning hindrat senare iakttagelse.

**Granskning af operationsresultaten vid olika slag af bräck  
och deras möjliga orsaker.**

**A. Ej inklämnda bräck.**

**I. H. ingvinalis ext. (hos män).**

161 operationer å 156 patienter äro i alt utförda — samtliga enligt BASSINI'S metod — någon gång med någon ringa modifikation (ett fall — ectopia testis + hernia ingv. — där blott bräcksäckshalsen omsnördes, har jag als ej medräknat bland radikaloperationerna).

Samtliga fall kunna således med hänseende till operationsmetoden föras till *en grupp*.

Af de opererade hafva *två aflidit* i anslutning till operationen (de enda dödsfall som förekommit bland samtliga 230 operationer).

Det *ena* fallet gälde en 65-årig bonde med högersidigt, förvärfvadt bråck af barnhufvudstorlek; bråckporten öppen för 3 finger (hade äfven på vänstra sidan ett knytnäfvästort ingvinalbråck). Det högra bråcket opererades den 11 aug. 1891, såret hopsyddes totalt med silkessuturer. Förloppet var godt, ehuru en del slamsor afstötte sig under lindrig suppuration från öfre sårvinkeln. Pat. fick gå uppe med ännu ej slutten fistel. Den 25 sept. — således 6 veckor efter operationen — tillstötte genom infektion från det fistulösa såret en flegmonös erysipelas i scrotum, hvaraf pat. slutligen afled den 22 okt. Obd. visar blott de vanliga tecknen af sepsis. Den lokala läkningen var fullständig.

Det *andra* fallet: en 14 års torpareson, som först opererades för en labium leporinum samt därpå den 16 nov. 1893 för ett barnhufvudstort, kongenitalt bråck. Han erhöi kloroform enligt droppmetoden; 35 gm adherent nät afbands. En rudimentär testis aflägsnades. I öfrigt Bassinis operation med total katgutsutur. Stark kollaps omedelbart efter operationen, pulsen svår att räkna, eyanotisk. Stimulantia, koksaltlösning-infusion i en ven utan framgång. Kollapsen fortgår. Den 17 nov. på kvällen steg temp. till 39,5. Då en infektion befarades, öppnades såret och ett litet buksnitt gjordes i medellinien; intet att anmärka utom en serös vätskesamling i såret. Dog kl. 3 på natten. Obd. visar intet spår af peritonit eller sepsis (mjälten fast, normal). Total syneki af perikardiet med hjärtat, som är atrofiskt — börjande dubbel bronkopnevmoni. Utan tvifvel var det hjärtåkomman, påverkad af narkosen, som här var dödsorsaken.

Af återstående 159 fall *afskiljas* främst 32, under 1894 opererade, för hvilka ej ett år förflutit från operationen till våren 1895, då senast underrättelser om fallen kunde inhentas. Jag anser det synnerligen viktigt, att ej statistiken göres osäker genom upptagandet af altför fårska fall; erfarenheten visar, att recidiv uppstå ej endast de första månaderna utan äfven vida senare efter operation — sålunda i ett af mina fall efter 20 månader, i ett annat t. o. m. efter 36 månader.<sup>1)</sup>

Ytterligare måste *afskiljas* 35 fall, om hvilka senare underrättelser ej kunnat vinnas. Återstå altså för bedömandet af det

<sup>1)</sup> I min statistik ingå blott 6 fall, som blifvit följda kortare tid än 1 år, beroende detta i ett fall på pat:s död — i de öfriga därpå att pat. bortrest. så att senare underrättelser ej kunnat fås.

slutliga operationsresultatet 91 fall. Bland dessa 91 fall hafva i 12 fall recidiv uppstått, hvilka yppat sig resp. 3, 5, 5, 7, 8, 8, 12, 14, 16, 17, 18 och 20 mån. efter operation, sålunda halfva antalet första året, andra halfvan i det andra.

De i det godkända schemat förutsedda orsaksmomentens betydelse framgå af de *närslutna tabellerna*, tab. A. I 1—12, hvilkas siffertal i och för sig icke äro tillräckligt stora för att tillåta långt gående slutsatser; de böra naturligtvis kombineras med öfriga sammanställningar af samforskarnes resultat.

Följande *kommentarier* må dock här göras.

1. *Patientens ålder.* Hit hörande tabell A. I 1 tillåter ej en säker slutsats i den riktning, att recidiv lättare skulle inträffa ju äldre pat. är. Visserligen finna vi i åldern 0—10 år af 8 fall 0 recidiv, i åldern 11—20 år af 13 fall 1 recidiv, i åldern 21—30 år af 24 fall 4 recidiv, 31—40 år af 7 fall 2 recidiv, men helt oväntadt i 41—50 år af 22 fall åter 0 recidiv. I hög ålder tyckas dock recidiver talrikare, sålunda i 51—60 år af 11 fall 4 recidiv, 61— år af 6 fall 1 recidiv.

2. *Patientens yrke.* Tab. A. I. 2 synes visa, att icke kroppsarbetare äro mindre fallna för recidiv, såsom väntas kunde: af 15 opererade 0 recidiv, medan för lättare kroppsarbetare, till hvilka jag räknar sittande handverkare, bodbetjänter o. s. v., af 11 fall 2 recidiv och hos tunga kroppsarbetare af 65 fall 10 recidiv iakttagits. I själfva verket uppges vanligen recidivet hafva uppkommit i följd af tungt arbete eller förlyftning.

3. *Bräckets ålder.* Tabell A. I. 3 visar:

> 1 år	9 fall	1 recidiv.
1—5 »	34	2
6—10 »	13	2
11—20 .	18	3
21— »	13	4

Man kan möjligen häraf sluta en stegring af recidivens frekvens vid öfver 5 år gamla bräck.

4. *Kongenitalt eller förvärfadt bräck.* De kongenitala bräcken förete på 15 fall blott 1 recidiv, de förvärfvade på 76 fall 11.

5. *Reponibelt eller irreponibelt bräck.* Tab. A. I 5 visar blott vid 5 irreponibla fall 0 recidiv, vid 86 reponibla 12 recidiv. De förras antal är för ringa för att någon slutsats kunde dragas.



6. *Bråckband har burits hela tiden och med framgång eller ej.* Tab. A. I. 6. Då blott 6 tillhöra första kategorien, kan ingen slutsats dragas, ehuru alla 6 blifvit utan recidiv.

7. *Pat. har ett eller flere bråck.* Tabellen A. I. 7 ger blott den upplysning, att af 12 bråck hos patienter med 2 eller flere bråck intet recidiv iakttagits och hos de öfriga 79 patienterna med endast 1 bråck 12 recidiver — sålunda motsatsen af, hvad man kunde förmodat.

8. *Bråckportens vidd och själfva bräckets storlek* borde ju större de äro desto mera disponera till recidiv.

Tab. A. I. 8 a, som gäller bråckportens vidd, visar			
porten tillgänglig för fingerspetsen . . . . .	6 fall	0 recidiv	
» » » 1 finger . . . . .	54 »	9 »	
» » » 2 » . . . . .	21 «	1 »	
» » » 3 eller flere finger . . . . .	9 »	2 »	

Häraf kan ingen bestämd slutsats dragas, beroende måhända på svårigheten att rätt uppskatta portens vidd.

Däremot synes bräckets lättare uppskattade storlek verkligen ega betydelse vid recidivens uppkomst. Tab. A. I. 8 b visar:

14 dufäggstora bråck . . . . .	0 recidiv
23 hönsäggstora d:o . . . . .	2 »
14 gåsäggstora d:o . . . . .	2 »
28 knytnäfvstora d:o . . . . .	5 »
11 strutsäggstora eller större d:o . . . . .	3 »

9. *Det för de djupa suturerna använda materialet* utgjorde nästan alltid katgut; blott i 7 fall användes silke med 0 recidiv. Siffrorna äro för små för att tillåta någon slutsats (Tab. A. I. 9).

10. *Aseptiskt läkningsförlopp eller suppuration* äro stundom svåra att afgränsa, då en obetydlig retention eller stickkanals vargörning bör föras till förra gruppen. Tab. A. I. 10 visar, att i 63 fall, där läkningen försiggått aseptiskt, 8 recidiv uppstått. Af 27 suppurerande fall hafva 4 ledt till recidiv, således ingen nämnvärd skilnad. Men det bör anmärkas, att, då suppuration förekommit, har sådan nästan alltid varit yttlig och vanligast beroende på en sekundär infektion. Förbandet har i det stora flertalet fall varit aseptiskt — i några få fall sublimatförband.

11. *Den tid pat. legat efter operationen* kunde väntas hafva betydelse för ärrets fasthet. Medan LUCAS CHAMPIONNIÈRE lå-

ter sina patienter ligga 6 veckor och mera, låter andra operatörer dem uppstiga efter 1—2 veckor. I början följde vi den förres åsikt, och då suppuration uppstod, utsträcktes liggtiden så långt, tils såret var fullt läkt. Sedermera har ofta ett kortare stillaliggande vid godt förlopp förekommit, men principiellt hafva vi blott i undantagsfall låtit pat. ntgå med någon aldrig så liten granulationsyta. Se här hvad tabell A. I. 11 visar.

Pat. legat	högst 14 dagar . . . . .	4 fall	0 recidiv
»	» 15—21 » . . . . .	7 »	0 »
»	» 22—28 » . . . . .	23 »	1 »
»	» 29—35 » . . . . .	18 »	4 »
»	» 36—42 » eller mera . .	37 »	6 »

(tiden ej uppgifven för ett recidivfritt och ett recidiverande fall).

Tiden, då pat. legat, synes icke i och för sig haft betydelse för recidivens uppkomst i den riktning man kunnat förmoda. Man finner relativt talrikare recidiv hos dem, som legat längre än 28 dagar, än hos dem som legat kortare tid. Då pat. legat längre tid än 35 dagar, har detta ofta berott på suppuration af såret. Af tillsammans 37 sådana fall finner man 20 suppure-rande med 4 recidiv, och 12 aseptiska, som legat längre af andra orsaker såsom för andra åkommor m. m., med 2 recidiv. Sålunda ingen synnerlig skilnad. Får man draga en slutsats vore det väl den, att ett längre stillaliggande, än sårets fullständiga läkning fordrar, knappast är nödigt.

12. *Bräckband burits efter operation eller icke.* Endast i sällsynta fall har bräckband förordnats. Af 7 sådana fall, där band burits hela tiden efter operationen, har intet ledt till recidiv. Siffrorna äro för små för några slutsatser. (Tab. A. I. 12).

Granskar man slutligen *tabellen öfrer recidiven* (Tab. A. I. 13), där alla de möjliga orsaksmomenten finnas sammanställda, så medger fallens fåtalighet icke att draga några bestämda slutsatser angående flere kombinerade orsakers sam-verkan.

## II. II. *ingvinalis interna* (hos män).

I alt 45 operationer äro utförda på 30 patienter — siffror, som visa, huru relativt ofta dessa bräck förekomma dubbelsidiga. Samtliga fall hafva opererats enligt Bassini. Intet dödsfall har följt. — 8 af fallen afskiljas såsom opererade inom 1

är till den tid, då senare underrättelser inhemtats. Om 7 fall hafva sådana vunnits, 30 återstå altså.

Af dessa 30 fall hafva 7 ledt till recidiv — således 23,3 % — således ett högre procenttal än för de externa bråcken (13,5 %), hvilket man ock kunde vänta, då de inre bråcken förekomma mest hos äldre och oftast tyckas bero på slapphet i bukmuskulaturen, hvilket deras dubbelsidighet äfven bekräftar.

De 7 recidiven hafva inträffat resp. 2, 3, 4, 6, 8, 12, 36 månader efter operation, således 6 af 7 inom första året — det sista så sent som efter 3 år (i följd af häftig ansträngning).

Recidivfriheten har blifvit konstaterad från 9 t. o. m. 53 mån. efter operation.

Granskningen af de orsaker, som kunnat medverka till recidiv, är enligt schemat i tabellform uppställd och här bifogad (Tab. A. II. 1—13). Siffrorna äro för små för att tillåta slutsatser; de böra kombineras med uppgifter af andra samforskare.

### III. H. ingvinalis (hos kvinnor).

Endast 7 fall hafva opererats, alla enligt Bassinis principer, med extirpation af bråcksäcken och afsnöring af bråcksäcksbalsen, sutur af djupare muskellagret vid lig. Poupartii samt af båda erura af aponevrosen för musc. extern. abd. Intet dödsfall. 2 fall afskiljas, för hvilka senare underrättelser saknas. I de 5 öfriga intet recidiv inom 12—25 månader.

Se f. ö. de enligt schemat uppställda tabellerna; fallen böra kombineras med andra dylika. (Tab. A. III. 1—12.)

### IV. H. eruralis.

10 fall hafva opererats (8 kvinnor, 1 man 2 gånger opererad). Intet dödsfall. 2 fall afskiljas såsom för nyss opererade. Om 2 fall saknas senare underrättelser. Af de 6 öfriga fallen har i 1 recidiv uppstått efter 1½ mån. vid isbrytning; pat., en sjöman, opererades å nyo; sedan har efter 17 mån. ej recidiv inträffat. Öfriga 4 fall recidivfria, konstateradt 17—38 mån. efter operation.

Radikal operation har så verkstälts, att bråcksäckshalsen blifvit ombunden, säcken aflägsnad, och kruralkanalens tillslutits dels genom etagesutur af fasc. pectinea och lig. Poupartii, dels

genom bildning af en lambå från fasc. och musc. pectin., hvilken blifvit uppslagen och fastsydd vid lig. Poupartii.

Se vidare tabellerna A. IV. 1—13.

#### V. *H. umbilicalis.*

2 fall opererade, utan dödsfall; säcken har afbundits och aflägsnats. Tredubbel étage sutur genom muskler, fascia och hud. Närmare underrättelser saknas.

#### VI. *H. epigastrica.*

3 fall opererade utan dödsfall enligt samma princip som föreg. I 1 fall ej recidiv inom 18 mån. Om de 2 öfriga saknas underrättelse.

#### VII. *H. ventralis* (post laparotomiam).

2 fall utan dödsfall — tredubbel sutur genom peritoneum, muskulatur och hud.

### B. Inklämda bräck.

I 31 sådana fall har jämte herniotomi radikal operation blifvit verkställd. Desamma fördelas i följande grupper:

#### I. *H. inguinalis extern. incareer.* (hos män).

22 fall inklusive 1 fall af *h. interstitialis* + *ectopia testis*. Operationen utfördes i alla fall utom 1 enligt Bassini — i detta ena blott afbands säcken, och där uppstod efter 3 mån. recidiv. Af de 21, enligt Bassini opererade, afledo 2; den ena af lunggangrän, den andra af nätgangrän jämte peritonit. 7 fall afskiljas såsom för färska eller saknande senare underrättelse. Af de återstående 12 inträffade i 1 fall recidiv efter 3 mån. Öfriga 11 äro efter 11—45 mån. utan recidiv — sålunda en rätt uppmuntrande siffra. Se vidare tab. B. I. 1—12. Men fallens fåtalighet göra närmare analys ändamålslös.

#### II. *H. inguinalis directa incare.*

1 fall hos man opereradt enligt Bassini. Recidiv efter 6 mån. (tab. B. II—IV.)

III. H. cruralis inære.

6 fall hos kvinder opererede. Intet dødtigt. Underrättelse saknas om 4. Af de öfriga 2 har 1 recidiverat efter 7 mån. Det andra utan recidiv efter 17 mån. Operation skedde såsom för fria kruralbråck.

IV. H. umbilicalis inære.

2 fall. I ett recidiv efter 3 mån. — 1 fall obekant. Operation skedde såsom för ej inklämda nafvelbråck.

(För II, III, IV äro blott de närmare data meddelade i tab. B. II—IV.)

H. ingvin. externa non inære.

Tab. A. I. 1. Patientens ålder.

0—10.	{	Ej rec. 42, 37, 31, 28, 18, 18, 13, 13 . . . . .	8.
	{	Rec. . . . .	0.
11—20.	{	Ej rec. 52, 49, 44, 35, 31, 29, 29, 27, 27, 27, 21, 19 . . . . .	12.
	{	Rec. 20 . . . . .	1.
21—30.	{	Ej rec. 41, 39, 36, 34, 30, 27, 27, 21, 19, 17, 17, 16, 15, 14, 13, 13, 13, 12, 10, 7 . . . . .	20.
	{	Rec. 17, 8, 8, 3 . . . . .	4.
31—40.	{	Ej rec. 36, 31, 15, 13, 6 . . . . .	5.
	{	Rec. 5, 5 . . . . .	2.
41—50.	{	Ej rec. 50, 47, 45, 40, 39, 28, 24, 23, 23, 23, 23, 22, 20, 18, 17, 17, 17, 15, 15, 14, 12, 3½ . . . . .	22.
	{	Rec. . . . .	0.
51—60.	{	Ej rec. 43, 36, 33, 18, 16, 15, 12 . . . . .	7.
	{	Rec. 16, 14, 12, 7 . . . . .	4.
61.	{	Ej rec. 47, 45, 38, 21, 20 . . . . .	5.
	{	Rec. 18 . . . . .	1.

Tab. A. I. 2. Patientens yrke.

1. Tungt kropp- arbete.	{	Ej rec. 52, 50, 49, 47, 47, 45, 45, 43, 42, 39, 39, 36, 36, 36, 35, 34, 31, 29, 29, 28, 27, 27, 27, 24, 23, 23, 22, 21, 20, 19, 18, 17, 17, 17, 17, 17, 16, 16, 15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 12, 12, 12, 10, 6, 3½ . . . . .	55.
		Rec. 20, 18, 17, 16, 14, 8, 8, 7, 5, 3 . . . . .	10.
2. Lättare dito (sittande hand- verkare, handels- biträden, yngre bondsöner m. fl.)	{	Ej rec. 44, 35, 34, 27, 27, 23, 21, 19, 7 . . . . .	9.
		Rec. 12, 5 . . . . .	2.

3. Ej kropps- arbetare (bland dessa barn).	}	Ej rec. 42, 41, 37, 34, 31, 30, 28, 27, 23, 22, 21, 18, 18,	15.
		13, 13 . . . . .	
		Rec. . . . .	

**Tab. A. I. 3. Bräckets ålder.**

< 1.	}	Ej rec. 49, 34, 30, 29, 29, 13, 10, 7 . . . . .	8.
		Rec. 3 . . . . .	1.
1—5.	}	Ej rec. 52, 47, 45, 44, 42, 42, 37, 36, 36, 36, 34, 33, 28, 27, 23,	32.
		22, 19, 19, 18, 18, 17, 17, 15, 15, 15, 13, 13, 13, 17,	
		12, 6 . . . . .	2.
6—10.	}	Rec. 20, 7 . . . . .	2.
		Ej rec. 45, 43, 39, 31, 27, 27, 23, 23, 18, 15, 12 . . . . .	11.
		Rec. 5, 5 . . . . .	2.
11—20.	}	Ej rec. 47, 41, 39, 31, 28, 27, 27, 27, 21, 21, 21, 15, 14, 14,	15.
		13, . . . . .	
		Rec. 18, 17, 8 . . . . .	3.
21.	}	Ej rec. 53, 31, 27, 23, 20, 17, 17, 16, 3½ . . . . .	9.
		Rec. 16, 14, 12, 8 . . . . .	4.

Anm. För 4 recidivfria fall saknas uppgift om bräckets ålder.

**Tab. A. I. 4. Kongenitalt eller förvärfvad.**

1. Kongenitalt.	}	Ej rec. 45, 41, 36, 31, 28, 27, 27, 24, 23, 21, 20, 17, 16,	14.
		13 . . . . .	
		Rec. 20 . . . . .	1.
2. Förvärfvad.	}	Ej rec. 52, 50, 49, 47, 47, 45, 44, 43, 42, 42, 39, 39, 37, 36,	65.
		36, 35, 35, 34, 31, 31, 30, 29, 29, 28, 27, 27, 27, 27,	
		23, 23, 23, 22, 21, 21, 20, 19, 19, 18, 18, 18, 17, 17,	11.
		17, 17, 16, 15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 13,	
		13, 12, 12, 12, 10, 7, 6, 3½ . . . . .	
		Rec. 18, 17, 16, 14, 12, 8, 8, 7, 5, 3 . . . . .	

**Tab. A. I. 5. Reponibelt eller ej.**

1. Reponibelt.	}	Ej rec. 52, 52, 49, 47, 47, 45, 44, 43, 42, 42, 41, 41, 39,	74.
		37, 36, 36, 36, 35, 34, 34, 31, 31, 30, 29, 29, 28,	
		28, 27, 27, 27, 27, 24, 23, 23, 23, 22, 21, 21, 20,	12.
		20, 20, 19, 19, 18, 18, 18, 17, 17, 17, 17, 17, 16,	
		16, 15, 15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 13, 13,	
		13, 12, 12, 12, 10, 7, 6, 3½ . . . . .	
		Rec. 20, 18, 17, 16, 14, 12, 8, 8, 7, 5, 5, 3 . . . . .	
2. Irreponibelt.	}	Ej rec. 75, 65, 39, 31, 27, 23 . . . . .	5.
		Rec. . . . .	0.

**Tab. A. I. 6. Burit bräckband hela tiden och med framgång eller ej.**

1. Burit med framgång.	}	Ej rec. 47, 45, 19, 17, 17, 3½ . . . . .	6.
		Rec. . . . .	0.

2. Burit ej als eller tidtals eller utan framgång.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 45, 44, 43, 42, 42, 41, 41, 39, 39,	}
		37, 36, 36, 36, 35, 35, 34, 34, 31, 31, 31, 30, 29,	
		29, 28, 28, 27, 27, 27, 27, 27, 24, 23, 23, 23, 23,	
		22, 21, 21, 21, 20, 20, 19, 18, 18, 17, 17, 17,	
		16, 16, 15, 15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 13,	
		13, 13, 12, 12, 12, 10, 7, 6 . . . . .	73.
	Rec.	20, 18, 17, 16, 14, 12, 8, 8, 7, 5, 5, 3 . . . . .	12.

**Tab. A. I. 7. Patienten har flere bråck eller ett.**

Ett bråck.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 47, 45, 45, 44, 43, 42, 42, 41, 39,	}
		39, 37, 36, 36, 35, 34, 34, 31, 31, 31, 30, 29, 29,	
		28, 28, 27, 27, 27, 27, 27, 27, 23, 23, 22, 22, 21,	
		21, 20, 19, 19, 18, 18, 18, 17, 17, 17, 17, 16, 15,	
		15, 15, 15, 15, 13, 13, 13, 13, 12, 12, 12, 10, 7,	
		6, 3½ . . . . .	67.
	Rec.	20, 18, 17, 16, 18, 12, 8, 8, 7, 5, 5, 3 . . . . .	12.
Två eller flere bråck.	Ej rec.	36, 35, 24, 23, 21, 20, 17, 16, 14, 14, 13, 13 . . . . .	12.
	Rec.	. . . . .	0.

**Tab. A. I. 8. Bråckportens storlek.**

1. Porten tillgänglig för fingerspetsen.	Ej rec.	41, 34, 27, 17, 7, 6 . . . . .	6.	
	Rec.	. . . . .	0.	
2. Porten tillgänglig för 1 finger.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 45, 44, 43, 42, 42, 39, 37, 36, 35,	}	
		34, 31, 31, 30, 29, 28, 27, 27, 24, 23, 23, 21, 21,		
		20, 20, 18, 18, 17, 17, 17, 15, 15, 15, 13, 13,		
		13, 13, 13, 12, 10, 3½ . . . . .		45.
		Rec.		20, 17, 14, 8, 8, 7, 5, 5, 3 . . . . .
3. Porten tillgänglig för 2 finger.	Ej rec.	47, 45, 36, 36, 31, 29, 28, 27, 27, 27, 23, 22, 21,	}	
		18, 15, 15, 14, 14, 12, 12 . . . . .		20.
	Rec.	18 . . . . .		1.
4. Porten tillgänglig för 3 finger.	Ej rec.	39, 23, 19, 19, 17, 16, 16 . . . . .	7.	
	Rec.	16, 12 . . . . .	2.	

*Anm.* Om ett efter 35 mån. recidivfritt fall saknas uppgift.

**Tab. A. I. 8 b. Bråckets storlek.**

1 dufågg eller mindre.	Ej rec.	44, 41, 37, 34, 30, 29, 27, 27, 13, 13, 13, 10,	}
		7, 6 . . . . .	
	Rec.	. . . . .	0.
2. Hönsågg.	Ej rec.	42, 39, 36, 36, 34, 31, 31, 28, 27, 27, 24, 23, 21,	}
		21, 20, 18, 17, 15, 13, 13, 13 . . . . .	
	Rec.	20, 8 . . . . .	2.
3. Gåsågg.	Ej rec.	49, 45, 43, 35, 31, 19, 18, 17, 17, 16, 15, 12 . . . . .	}
		Rec. 14, 8 . . . . .	
4. Knytnäfve.	Ej rec.	52, 50, 47, 45, 42, 39, 36, 29, 27, 27, 22, 21, 20,	}
		19, 18, 17, 17, 15, 15, 14, 14, 12, 3½ . . . . .	
	Rec.	18, 17, 5, 5, 3 . . . . .	5.
5. Strutsågg eller större.	Ej rec.	47, 28, 23, 23, 23, 16, 15, 12 . . . . .	}
		Rec. 16, 12, 7 . . . . .	

*Anm.* Om ett efter 35 mån. recidivfritt fall saknas uppgift.

## Tab. A. I. 9.    Det för de djupa suturerna använda materialet.

1. Katgut.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 47, 45, 45, 44, 43, 42, 42, 41, 39,	
		39, 37, 36, 36, 36, 35, 35, 34, 34, 31, 31, 31, 30,	
		29, 29, 28, 28, 27, 27, 27, 27, 27, 27, 21, 21, 21,	
		20, 20, 19, 19, 18, 18, 18, 17, 17, 17, 17, 17, 16,	
		16, 15, 15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 13, 13,	
		13, 12, 12, 12, 10, 7, 3½ . . . . .	72.
	Rec.	20, 18, 17, 16, 14, 12, 8, 8, 7, 5, 5, 3 . . . . .	12.
2. Silke.	Ej rec.	24, 23, 23, 23, 23, 24, 6 . . . . .	7.
		Rec. . . . .	0.

## Tab. A. I. 10.    Läkningförloppet: aseptiskt eller suppuration.

1. Aseptiskt.	Ej rec.	47, 45, 44, 42, 42, 41, 39, 36, 36, 35, 34, 34, 31,	
		31, 29, 27, 27, 27, 27, 24, 23, 23, 23, 22, 21,	
		21, 21, 20, 20, 19, 19, 18, 18, 17, 17, 17, 17,	
		16, 15, 15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 13, 12,	
		12, 6, 3½ . . . . .	55.
	Rec.	20, 18, 17, 8, 8, 7, 5, 5 . . . . .	8.
2. Suppuration.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 45, 45, 39, 37, 36, 31, 30, 29, 28,	
		28, 27, 23, 18, 16, 13, 13, 12, 10, 7 . . . . .	23.
	Rec.	16, 14, 12, 3 . . . . .	4.

*Ann.* Ett recidivfritt fall osäkert.

## Tab. A. I. 11.    Tiden då pat. legat efter operation.

1. T. o. m. 14 dagar.	Ej rec.	21, 20, 20, 19 . . . . .	4.
		Rec. . . . .	0.
2. 15—21 dagar.	Ej rec.	34, 31, 22, 21, 15, 13, 13 . . . . .	7.
		Rec. . . . .	0.
3. 22—28 dagar.	Ej rec.	41, 37, 36, 35, 29, 27, 23, 19, 18, 17, 17, 17, 17,	
		15, 15, 15, 15, 14, 13, 13, 12, 3½ . . . . .	22.
	Rec.	5 . . . . .	1.
4. 29—35 dagar.	Ej rec.	45, 43, 42, 34, 31, 27, 27, 27, 23, 23, 21, 18, 12,	
		10 . . . . .	14.
	Rec.	18, 17, 8, 8 . . . . .	4.
5. 36 dagar eller mera.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 47, 45, 44, 42, 39, 39, 36, 36, 35,	
		31, 30, 29, 28, 27, 27, 24, 23, 18, 17, 16, 16, 14,	
		13, 13, 12, 7, 6 . . . . .	31.
	Rec.	16, 14, 12, 7, 5, 3 . . . . .	6.

## Tab. A. I. 12.    Pat. burit bräckband hela tiden efter operationen eller ej.

1. Burit band.	Ej rec.	27, 27, 23, 23, 20, 10, 6 . . . . .	7.
		Rec. . . . .	0.
2. Ej burit band als eller ej hela tiden.	Ej rec.	52, 50, 49, 47, 47, 45, 45, 44, 43, 42, 42, 41, 39,	
		39, 36, 36, 36, 35, 35, 34, 34, 31, 31, 31, 30, 29,	
		29, 28, 27, 27, 27, 24, 23, 23, 22, 21, 21, 20,	
		19, 19, 18, 18, 18, 17, 17, 17, 17, 17, 16, 16, 15,	
		15, 15, 15, 15, 14, 14, 13, 13, 13, 13, 13, 13, 12,	
		12, 12, 7, 3½ . . . . .	72.
	Rec.	20, 18, 17, 16, 14, 12, 8, 8, 7, 5, 5, 3 . . . . .	12.



**H. ingvin. intern. non incarcerated.**

**Tab. A. II. 1. Patientens ålder.**

1—10.	{	Ej rec.	
	{	Rec.	
11—20.	{	Ej rec.	
	{	Rec.	
21—30.	{	Ej rec. 10, 9 . . . . .	2.
	{	Rec. 3, 2 . . . . .	2.
31—40.	{	Ej rec. 20, 12, 12 . . . . .	3.
	{	Rec. 8 . . . . .	1.
41—40.	{	Ej rec. 53, 52, 49, 40, 39, 33, 33, 28, 28, 25, 12, 12 . . . . .	12.
	{	Rec. 36, 12 . . . . .	2.
51—60.	{	Ej rec. 35, 34, 34, 25, 25, 21 . . . . .	6.
	{	Rec. 4 . . . . .	2.
61.	{	Ej rec.	
	{	Rec.	

**Tab. A. II. 2. Patientens yrke.**

Tungt kropps-	}	Ej rec. 53, 52, 49, 40, 39, 35, 34, 34, 23, 28, 28, 25, 25,	
arbejde.		25, 21, 20, 12, 12, 12, 12, 10, 9 . . . . .	22.
		Rec. 36, 12, 8, 6, 4, 3 . . . . .	6.
Lättare kropps-	}	Ej rec. 33 . . . . .	1.
arbetare.		Rec. 2 . . . . .	1.
Icke kropps-	}	Ej rec.	
arbetare.		Rec.	

**Tab. A. II. 3. Bråckets ålder.**

< 1.	{	Ej rec. . . . .	0.
	{	Rec. 8, 2 . . . . .	2.
1—5.	{	Ej rec. 33, 28, 25, 20, 12, 12 . . . . .	6.
	{	Rec. 12, 6, 2 . . . . .	3.
6—10.	{	Ej rec. 52, 34, 28, 28, 25, 21, 10, 9 . . . . .	8.
	{	Rec. 36, 4 . . . . .	2.
11—20.	{	Ej rec. 53, 49, 25, 12 . . . . .	4.
	{	Rec. . . . .	0.
20 och mera.	{	Ej rec. 40, 39, 34 . . . . .	3.
	{	Rec. . . . .	0.

**Tab. A. II. 4. Kongenitalt eller förvärfvadt.**

Ej tillämplig.

**Tab. A. II. 5. Reponibelt eller ej.**

1. Reponibelt.	}	Ej rec. 53, 52, 49, 40, 39, 35, 34, 34, 33, 33, 28, 28, 25,	
		25, 25, 21, 20, 12, 12, 12, 12, 10, 9 . . . . .	23.
		Rec. 36, 12, 8, 6, 4, 3, 2 . . . . .	7.
2. Irreponibelt.	}	Ej rec.	
		Rec.	

**Tab. A. II. 6. Nyttjat bräckband före operationen med framgång eller ej.**

Samtliga fall als ej eller utan framgång, se tab. I. B. 5

**Tab. A. II. 7. Pat. har ett eller flere bräck.**

Ett bräck.	{	Ej rec. 49, 28, 25, 21 . . . . .	4.
		Rec. 36, 3 . . . . .	2.
Flere bräck.	{	Ej rec. 53, 52, 40, 39, 35, 34, 34, 33, 33, 28, 25, 25, 20, 12, 12, 12, 12, 10, 9 . . . . .	19.
		Rec. 12, 8, 6, 4, 2 . . . . .	5.

**Tab. A. II. 8 a. Bräckportens vidd.**

1. Upptar fingerspetsen, 0 fall.			
2. Upptar 1 finger.	{	Ej rec. 33, 33, 28, 28, 25, 25, 21, 20, 12, 12, 9 . . . . .	11.
		Rec. 12, 8, 6, 4, 3, 2 . . . . .	6.
3. Upptar 2 finger.	{	Ej rec. 52, 49, 39, 35, 34, 34, 25, 12, 12, 10 . . . . .	10.
		Rec. 36 . . . . .	1.
4. Upptar 3 finger eller mera.	{	Ej rec. 53, 40 . . . . .	2.
		Rec. . . . .	0.

**Tab. A. II. 8 b. Bräckets storlek.**

Dnfågg eller mindre.	{	Ej rec. 33, 20, 12, 9 . . . . .	4.
		Rec. 8, 4, 2 . . . . .	3.
Hönsågg.	{	Ej rec. 49, 39, 25, 21, 12, 12 . . . . .	6.
		Rec. 6, 3 . . . . .	2.
Gåsågg.	{	Ej rec. 34, 33, 28, 25, 25, 10 . . . . .	6.
		Rec. 36 . . . . .	1.
Knytnäfve.	{	Ej rec. 40, 35, 28, 12 . . . . .	4.
		Rec. 12 . . . . .	1.
Strutsågg eller större.	{	Ej rec. 53, 52, 34 . . . . .	3.
		Rec. . . . .	0.

**Tab. A. II. 9. Katgut eller silke till djupare sutur.**

1. Katgut.	{	Ej rec. 53, 52, 49, 40, 39, 35, 34, 34, 33, 33, 28, 28, 25, 25, 25, 21, 20, 12, 12, 12, 12, 10, 9 . . . . .	23.
		Rec. 36, 12, 8, 6, 4, 3, 2 . . . . .	7.
2. Silke.	{	Ej rec. . . . .	0.
		Rec. . . . .	0.

**Tab. A. II. 10. Aseptiskt eller suppuratift förlopp efter operationen.**

Aseptiskt.	{	Ej rec. 53, 52, 49, 39, 34, 34, 28, 25, 25, 21, 20, 12, 13, 12, 12, 10, 9 . . . . .	17.
		Rec. 12, 8, 6, 3, 2 . . . . .	5.
Suppuratift.	{	Ej rec. 40, 35, 33, 33, 28, 25 . . . . .	6.
		Rec. 36, 4 . . . . .	2.

Tab. A. II. 12. Legat efter operation.

Intill 14 dagar.	{	Ej rec.	
	{	Rec.	
15—21 dagar.	{	Ej rec. 12 . . . . .	1.
	{	Rec. . . . .	0.
22—28 dagar.	{	Ej rec. 34, 21, 12. . . . .	3.
	{	Rec. 8, 2 . . . . .	2.
29—36 dagar.	{	Ej rec. 20 . . . . .	1.
	{	Rec. 12 . . . . .	1.
37 eller mera.	{	Ej rec. 53, 52, 49, 40, 39, 35, 34, 33, 28, 28, 25, 25, 25, 21, 12, 12, 10, 9 . . . . .	18.
	{	Rec. 36, 6, 4, 3 . . . . .	4.

Tab. A. II. 12. Burit bräckband efter operationen hela tiden.

Burit.	{	Ej rec. 25, 20 . . . . .	2.
	{	Rec. 8, 6 . . . . .	2.
Ej burit.	{	Ej rec. 53, 52, 49, 40, 39, 35, 34, 34, 33, 33, 28, 28, 25, 25, 25, 25, 21, 20, 12, 12, 12, 12, 10, 9 . . . . .	21.
	{	Rec. 36, 12, 4, 3, 2 . . . . .	5.

H. ingvin. (hos kvinnor).

Tab. A. III. 1. Pat. ålder.

0—10.	
11—20.	Ej rec. 20, 17.
21—30.	Ej rec. 23, 12.
30—40.	
41—50.	Ej rec. 25.
51—60.	

Tab. A. III. 2. Pat. yrke.

1. Grofva kroppsarbetare, ej rec. 25, 12.
2. Lättare dito , ej rec. 23, 20, 17.
3. Ej kroppsarbetare.

Tab. A. III. 3. Bräckets ålder.

< 1 år.	
1—5 >	Ej rec. 23, 12.
6—10 >	Ej rec. 17.
11—20 >	Ej rec. 25, 20.
21 år.	

Tab. A. III. 4. Kongenitalt eller förvärfvadt.

1. Kongenitalt, ej rec. 20.
2. Förvärfvadt, ej rec. 25, 23, 17, 12.

Tab. A. III. 5. Reponibelt eller ej.

Alla reponibla. Ej rec. 25, 23, 20, 17, 12.

Tab. A. III. 6. Burit band före operation eller ej.

Alla ej burit eller utan framgång.

Tab. A. III. 7. Pat. har flere bräck eller ett.

Ett bräck. Ej rec. 25, 23, 20, 17.  
Flere bräck. Ej rec. 12.

**Tab. A. III. 8 a. Bräckportens vidd.**

Upptar fingerspetsen. Ej rec. 17.  
 Upptar 1 finger. Ej rec. 25, 23, 20, 12.

**Tab. A. III. 8 b. Bräckets storlek.**

Dufägg. Ej rec. 23, 17.  
 Hönsugg. Ej rec. 25, 20, 12.

**Tab. A. III. 9. Djupt suturmaterial.**

Alla katgut.

**Tab. A. III. 10. Aseptiskt eller suppurativt förlopp.**

Aseptiskt. Ej rec. 25, 20, 17, 12.  
 Suppurativt. Ej rec. 23.

**Tab. A. III. 11. Legat efter operationen.**

T. o. m. 14 dagar.  
 15—21 > Ej rec. 20.  
 22—28 > Ej rec. 12.  
 29—36 > Ej rec. 17.  
 37 > Ej rec. 25, 23.

**Tab. A. III. 12. Burit band efter operation eller ej.**

Alla ej burit band.

**H. cruralis.****Tab. A. IV. 1. Pat. ålder.**

1—10.  
 11—20. Ej rec. 38.  
 21—30.  
 31—40.  
 41—50 { Ej rec. 18.  
 Rec. 1½.  
 51—60. Ej rec. 29, 17, 17.  
 61.

**Tab. A. IV. 2. Pat. yrke.**

1. Tungkropps- } Ej rec. 38, 29, 18, 17,  
 arbetare. } 7.  
 Rec. 1½.  
 2. Lättare dito.  
 3. Ej dito.

**Tab. A. IV. 3. Bräckets ålder.**

< 1 år { Ej rec. 29  
 Rec.  
 1—5 > { Ej rec. 18.  
 Rec. 1½.  
 6—10 > Ej rec. 38, 17.  
 11—20 > Ej rec. 17.  
 21 år.

**Tab. A. VI. 4. Kongenitalt eller förvärfvad.**

Ifrågakommer ej.

**Tab. A. IV. 5. Reponibelt eller ej.**

1. Reponibelt. { Ej rec. 29, 14, 17.  
 Rec. 1½.  
 2. Irreponibelt. { Ej rec. 38, 18.  
 Rec.

**Tab. A. IV. 6. Begagnat bräckband eller ej.**

1. Begagnat. Ej rec. 18.  
 2. Ej begagnat. { Ej rec. 38, 29, 17, 17.  
 Rec. 1½.

**Tab. A. IV. 7. Pat. har ett eller flere bråck.**

1. Ett bråck. { Ej rec. 38, 18, 17, 8.  
Rec.
2. Flere dito. { Ej rec. 29, 17.  
Rec. 1½.

**Tab. A. IV. 8 b. Bråckets storlek.**

- Dufügg eller mindre. Ej rec. 17.
- Hönsägg. { Ej rec. 38.  
Rec. 1½.
- Gåsägg. Ej rec. 18, 17.
- Knytuäfve. Ej rec. 29.

**Tab. A. IV. 8 a. Bräckportens vidd.**

- Öppen för 1 finger. Ej rec. 39, 18, 17, 17.
- Öppen för 2 finger. { Ej rec. 29.  
Rec. 1½.

**Tab. A. IV. 9. Material för de djupa suturerna.**

- Katgut. { Ej rec. 38, 29, 18, 17, 17.  
Rec. 1½.
- Silke

**Tab. A. IV. 10. Läkningens förlopp.**

- Aseptiskt. { Ej rec. 29, 18, 17, 17.  
Rec. 1½.
- Suppuratift. Ej rec. 38.

**Tab. A. VI. 11. Legat efter operationen.**

- 22—28 dagar. Ej rec. 18, 17.
- 29—35 dagar. Ej rec. 17.
- 36 dagar eller mera. { Ej rec. 38, 29.  
Rec. 1½.

**Tab. A. IV. 12. Burit band efter operation eller ej.**

- Band. Ej rec. 29.
- Ej band. { Ej rec. 38, 18, 17, 17.  
Rec. 1½.

**H. ingvin. ext. incarcer. (hos män).**

*Obs.* I recidivfall ställes inom [ ] ej opererade enligt BASSINI.

**Tab. B. I. 1. Pat. ålder.**

- 0—10.
- 11—20. Ej rec. 18, 19.
- 21—30. { Ej rec. 45, 28, 11.  
[Rec. 3].
- 31—40. Ej rec. 32.
- 41—50. Ej rec. 28.
- 51—60. Ej rec. 42, 34, 30, 21.
61. Rec. 3.

**Tab. B. I. 2. Pat. yrke.**

1. Tung kropps-  
arbetare. { Ej rec. 34, 30, 28, 21,  
19, 11.  
[Rec. 3].
2. Lättare dito. { Ej rec. 45, 42, 32, 28.  
Rec. 3.
3. Ej kroppsarbetare. Ej rec. 28.

**Tab. B. I. 3. Bräckets ålder.**

- < 1 år. Ej rec. 42, 28, 19.
- 1—5 > Ej rec. 45, 32, 28.
- 6—10 > { Ej rec. 11.  
Rec. 3.
- 11—20 > { Ej rec. 34, 30, 28, 21.  
[Rec. 3].

**Tab. B. I. 4. Kongenitalt eller förvärfvadt bråck.**

1. Förvärfvadt. { Ej rec. 45, 42, 32, 30,  
28, 19.  
[Rec. 3].
2. Kongenitalt. { Ej rec. 34, 28, 28, 21,  
11.  
Rec. 3.

**Tab. B. I. 5. Huru länge in-  
klämdt före operation.**

1 dag och mindre.	{	Ej rec. 45, 42, 30, 28, 28, 28, 11.
		R[ec. 3].
2—3 dagar.	{	Ej rec. 34, 32, 21.
		Rec. 3.
7 drgar.	Ej	rec. 19.

**Tab. B. I. 7. Pat. har ett eller  
flere bräck.**

Ett bräck.	{	Ej rec. 45, 42, 32, 28, 28, 21, 19, 11.
		Rec. 3, [3].
Flere dito.	Ej	rec. 34, 30, 28.

**Tab. B. I. 8 b. Bräckets  
storlek.**

Dufägg.	Ej	rec. 18.
Hönsägg.	Ej	rec. 32.
Gåsägg.	{	Ej rec. 45, 42.
		[Rec. 3].
Knytnäfve.	{	Ej rec. 28, 21, 11.
		Rec. 3.
Strutsägg och större.	Ej	rec. 34, 30.

**Tab. B. I. 10. Läkningens  
förlopp.**

1. Aseptisk.	{	Ej rec. 34, 30, 28, 28, 21, 19, 11.
		Rec. 3 [3].
2. suppura- tion.	{	Ej rec. 45, 42, 32.
		Rec.
Uppgift saknas om ett recidivfritt fall.		

**Tab. B. I. 12. Burit band efter operation.**

1. Burit.	Ej	rec. 32.
2. Ej burit.	{	Ej rec. rec. 45, 42, 34, 30, 28, 28, 28, 21, 19, 11.
		Rec. 3, [3].

**Tab. I. B. 6. Burit bräckband  
före operation.**

Ej burit.	{	Ej rec. 45, 42, 34, 32, 30, 28, 28, 28, 21, 19, 11.
		Rec. 3 [3].
Burit.		

**Tab. B. I. 8 a. Bräckportens  
storlek.**

1 finger.	{	Ej rec. 45, 42, 32, 28, 28, 21, 19.
		Rec. 3 [3].
2 finger.	Ej	rec. 30, 28, 11.
3 finger.	Ej	rec. 36.

**Tab. B. I. 9. Djupare sutur-  
material.**

Katgut.	{	Ej rec. 45, 42, 34, 32, 30, 28, 28, 28, 21, 19, 11.
		Rec. 3 [3].

**Tab. B. I. 11. Pat. legat efter  
operation.**

Intill 14 dagar.	Ej	rec. 28, 21.
15—21	>	Ej rec. 45, 19.
22—28	>	Rec. 3.
29—35	>	Ej rec. 30.
36	>	Ej rec. 42, 34, 32.
Uppgift saknas för 2 recidivfria och 1 recidiverande fall.		

Antal mänader för kontroll.	N:r.	Pat. ålder.	Yrke.	Bråckets ålder.	Kongen eller förvärdt.	Huru länge inklämdt.	Burit band eller ej.	Ett eller flere bräck.	Portens vidd.	Bråckets storlek.	Suturmaterial.	Förlopp.	Legat efter operation.	Band efter operation.
-----------------------------	------	-------------	-------	-----------------	------------------------	----------------------	----------------------	------------------------	---------------	-------------------	----------------	----------	------------------------	-----------------------

Tab. B. III. H. cruralis incarc.

1892 17 män.	967	61 år.	Handlande.	40 år.	Förvärdt.	Sen 5 dagar.	Nej.	1	1 finger.	Gåsäg.	Lig. Pomp. sys mot fase. peetin. katg.	Asept.	39 dagar.	Nej. Ej recid.
1893 7 män.	324	33 år.	Faktorspers.	2½ år.	×	Sen 1 dag.	.	1	1 finger.	Hönsäg.	Lig. Pomp. sys mot fase. peetin. katg.	Asept.	15 dagar.	Nej. Recid.

Tab. B. II. H. inguinalis directa incarc.

1893 6 män.	436	59 år.	Bonde.	10 år.	Förvärdt.	3 dagar.	Nej.	1	1 finger.	Hönsäg.	Bassini katgut.	Asept.	38 dagar.	Nej. Recid.
----------------	-----	--------	--------	--------	-----------	----------	------	---	-----------	---------	-----------------	--------	-----------	-------------

Tab. B. IV. H. umbilicalis incarc.

1891 3 män.	553	44 år.	Qvinna.	1 år och 3 mån.	Förvärdt.	Några timmar.	Nej.	1	2 finger.	Gåsäg.	Sutur i 3 lager katgut.	Asept.	19 dagar.	Nej. Recid.
----------------	-----	--------	---------	-----------------	-----------	---------------	------	---	-----------	--------	-------------------------	--------	-----------	-------------

Tab. A. V. H. epigastrica non incarc.

1893 18 män.	799	39 år.	Bonde.	6 år.	Förvärdt.	Reponibelt.	Nej.	1	Fingerändan.	Gåsäg.	Katgut. (sutur i 3 lager).	Asept.	19 dagar.	Nej.
-----------------	-----	--------	--------	-------	-----------	-------------	------	---	--------------	--------	----------------------------	--------	-----------	------

## Öfersikt af recidiv.

Tid efter operation då recid.	Nr.	Pat. ålder.	Yrke.	Bräckets ålder.	Kongen, eller förvärdt.	Reponihelt eller ej.	Burit band.	Ett eller flere bräck.	Porteus vidd.	Bräckets storlek.	Djupare suturmaterial	Förlöpp.	Lägetid efter operation.	Band efter operation.
1893	686	22 år.	Handelsbitr.	9 män.	Förvärv.	Reponih.	Nej.	2	1 finger.	Dufägg.	Katgut.	Asept.	22 dagar.	Nej.
1894	268	23 år.	Sägarbetare.	2 år.	»	»	»	1	1 finger.	Hönsägg.	»	»	40 dagar.	»
1892	217	56 år.	Landtbr.	6 år.	»	»	»	2	1 finger.	Dufägg.	»	Supp.	43 dagar.	Ja.
1893	192	44 år.	Bonde.	1 år.	»	»	»	2	1 finger.	Hönsägg.	»	Asept.	45 dagar.	Ja.
1893	687	35 år.	Landtbr.	4 m.	»	»	»	2	1 finger.	Dufägg.	»	»	27 dagar.	»
1891	78	46 år.	Arbetare.	4 år.	»	»	»	2	1 finger.	Näve.	»	»	36 dagar.	Nej.
1893	324	18 år.	Sméd.	8 år.	»	»	»	1	2 finger.	Gåsägg.	»	Supp.	13 dagar.	»
1892	66	50 år.	Sjöman.	2 år.	Förvärv.	Reponih.	Nej.	3 bräck.	2 finger.	Hönsägg.	Etagesut.	Asept.	23 dagar.	Nej.
1 1/2 mån.	66	50 år.	Sjöman.	2 år.	Förvärv.	Reponih.	Nej.	3 bräck.	2 finger.	Hönsägg.	Etagesut.	Asept.	23 dagar.	Nej.
1892	454	62 år.	Skräddare.	50 år.	Kongen.	Inkl. sen några timmar.	Nej.	1	1 finger.	Näve.	Katgut.	Asept.	41 dagar.	Nej.
1894	208	25 år.	Torpore.	11 år.	Förvärv.	1 dag.	»	1	1 finger.	Gåsägg.	Katgut.	»	»	Nej.

## Tab. A. II. 13. H. ingv. intern. (non incarc.).

## Tab. A. IV. 13. H. cruralis non incarc.

## Tab. B. I. 13. H. ingv. extern. incarc. (hos män).



Tab A I 13 Öfersikt af recidiver vid hern. ingy. ext. non incarc.

Tid mellan operation och recidiv.	Pat. ålder.	Yrke.	Bräckets ålder.	Kongen. eller förvärfvadt.	Reponibelt eller ej.	Burit band eller ej.	Ett eller flere bräck.	Bräckporteoens vidd.	Bräckets storlek.	Förlopp efter operation.	Soturmateriel.	Legat efter operation.	Band eller operation.
3 mån.	21 år.	Smed.	1 mån.	Förvärfv.	Reponib.	Ej band.	1 bräck.	1 finger.	Näfve.	Supp.	Katgut.	37 dagar.	Nej.
5 mån.	39 år.	Torpöre.	10 år.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Näfve.	Asept.	Katgut.	39 dagar.	»
5 mån.	32 år.	Bogare.	6 år.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Näfve.	»	Katgut.	23 dagar.	»
7 mån.	58 år.	Arbetare.	2 år.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Strutsägg.	»	Katgut.	41 dagar.	»
8 mån.	21 år.	Arbetare.	3 veckor.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Hönsägg.	»	Katgut.	28 dagar.	»
8 mån.	22 år.	Boude.	18 år.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Gåsägg.	»	Katgut.	32 dagar.	»
12 mån.	52 år.	Snickare.	29 år.	»	»	»	1 bräck.	3—4 finger.	2 näfvar.	Supp.	Katgut.	65 dagar.	»
14 mån.	57 år.	Smed.	33 år.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Gåsägg.	»	Katgut.	72 dagar.	»
16 mån.	55 år.	Inhysing.	26 år.	»	»	»	1 bräck.	3 finger.	Maus-hanfud.	»	Katgut.	43 dagar.	»
17 mån.	22 år.	Boude.	20 år.	»	»	»	1 bräck.	1 finger.	Näfve.	Asept.	Katgut.	31 dagar.	»
18 mån.	64 år.	Landtbr.	15 år.	»	»	»	1 bräck.	2 finger.	Näfve.	»	Katgut.	32 dagar.	»
20 mån.	17 år.	Dräng.	3 år.	Kongen.	»	»	1 bräck.	1 finger.	Hönsägg.	»	Katgut.	»	»

### III.

## Bidrag från Sverige till nordiska kirurgiska föreningens samforskning rörande radikal operation af bråck

meddelade

af

Dr J. BORELIUS.

#### I. Ej inklämda bråck.

##### 1. *Hernia inguinalis hos män:*

<i>Bassinis op.</i> . . . . .	opererade	184	döda	4
<i>Czernys op.</i> . . . . .	>	260	>	1
<i>Op. med regellös sutur af crura</i> . . . . .		156	>	3
<i>Macewens op.</i> . . . . .	>	6	>	0
<i>Kochers op.</i> . . . . .	>	7	>	0
	Summa opererade	613	döda	8

##### 2. *Hernia inguinalis hos kvinnor:*

Opererade 94 döda 0

##### 3. *Hernia cruralis:*

<i>Op. med sutur af bräckporten</i> . . . . .	opererade	62	död	1
<i>Op. utan sutur af bräckporten</i> . . . . .	>	89	>	1
	Summa opererade	151	döda	2

##### 4. *Hernia umbilicalis:*

Opererade 16 döda 0

##### 5. *Hernia linea alba:*

	Opererade	23	död	0
	Summa summan opererade	897	döda	10

Altså mortalitets procent . . . . . 1.11

Af opererade inguinalbräck hos män (613) hafva 8 medförd död efter operationen. Angående dödsorsaken i dessa fall eller omständigheter, bidragande till eller af betydelse för den olyckliga utgången må följande anföras:

I 4 fall utfördes radikaloperationen enligt BASSINI:

1) 65 års arbetare. op. för ett 16 år gammalt reponibelt skrotalbräck, stort som 2 knytnäfvar; kloroform-eter-narkos, normalt operationsförlopp; bräcket innehöll taruslyngor utan sammanväxningar; till sutur katgut. Pat:s tillstånd efter op. godt, tils han på 5:e dagen efter op. »plötsligt kollaberade och inom kort afled. Sektion: degeneratio cordis, höggradig arteriosekros i hjärneus och hjärtats kärl samt i de perifera artererna.

2) 49 års kroppsarbetare, op. för ett hönsäggstort, reponibelt, 2 år gammalt inguinalbräck; kloroformnarkos, normalt operationsförlopp; aseptisk och afebril läkning, temp. ej öfver 37,5; afgång af väder andra dagen. På 7:e dygnet, »då pat. låg på bäckenet och redan haft en halffast öppning, klagade han med ens öfver smärtor i bröstet, blef cyanotisk och dog efter ett par minuter. Vid sektion befans såret läkt, intet spår af suppuration, ingen tromb i bäckenvenerna. Högra hjärtkammaren utspänd af dels flytande dels koagulerad blod; dess vägg på baksidan på ett ställe papperstunn, senig utan muskelsubstans. Hjärtmuskulaturen gråbrun till färgen.» (Lär förut haft anfall af smärtor öfver hjärttrakten.)

3) 56 års maskinist, dubbelsidig operation för hönsäggstora, omkr. 11 månader gamla inguinalbräck. Kloroformnarkos; operationen, utförd af ovan operatör, varade nära 5 timmar. Vas deferens lederades på ena sidan, hvarför testis där exstirperades. Betydlig kraftnedsättning efter den långa narkosen, svag puls. Dagen efter op. var tillståndet ej oroande, men dagen därpå kollaberade pat. plötsligt och dog 48 timmar efter op. Sektionen visade en obetydlig blödning i lilla bäckenet, för öfrigt intet af betydelse.

4) 56 års dräng, dubbelsidig operation för gåsäggstora bräck. Mannen var tjock och pussig samt besvärad af stark andnöd.» Normalt operationsförlopp under kloroformnarkos, efteråt inga tecken på sepsis, ingen feber, flatus afgingo 2:a dagen; under stegrad dyspne och meteorism afled pat. omkr. 40 timmar efter op. Vid sektion fans i op. regionen intet af betydelse. »I båda lungorna höggradigt emfysem och utbredd bronkit.»

I de två första fallen torde dödsorsaken vara att söka i de vid sektionen funna förändringarna i hjärtat och kärLEN. Huruvida narkosen (i ett fall kloroform, i ett fall klorof.-eter) här haft någon försvagande inverkan på hjärtat, torde vara tvifvelaktigt, då döden inträdde så långt efter operationen som på 5:e

och 7:e dygnet. I tredje fallet torde den svåra, 5 timmar långa kloroformnarkosen väl få anses som den hufvudsakliga orsaken till döden.

I fall 4 torde förändringarna i lungorna — *höggradigt emfysem och bronkit* — hvaraf svåra symptom funnos före op., synnerligen ofördelaktigt hafva påverkats af den ingripande, dubbelsidiga operationen under kloroformnarkos. En häftig försämring af hans lungåkomma, yttrande sig genom ökad dyspné, synes hafva varit dödsorsaken.

I 3 fall utfördes operationen så, att bräckporten slöts med mer eller mindre regellös suturering.

1) 53 års snickare, dubbelsidig operation för tvänne bräck, det högra barnhufvudstort, ej reponibelt, det vänstra hönsäggstort reponibelt. Normalt operationsförlopp; vid op. af det högra exstirperades 500 gr. oment. »Dagen efter op. instälde sig kräkning, ringa urinafsöndring, ingen temp. förhöjning. Pat. afled omkr. 24 timmar efter op. i en inre peritoneal blödning, utgången från omentet.»

2) 68 års f. d. bonde, opererad (26/2 1890) för knytnäfstort, reponibelt bräck. Normalt operationsförlopp, sublimatbehandling af såret och »sublimatholzvolle»-förband. Mådde bra de första dygnen efter op., fick sedan *blodigt diarré*, samt först sparsam, sist nästan upphörd urinafsöndring. Inga symptom från bräckregionen, ingen temp. förhöjning. Död 5 dygn efter op. »Sektion visar *parenkymatös nefrit*, bukhinnan öfveralt frisk.» (*Sublimatförgiftning.*)

3) 67 års dräng, opererad (enl. SCHEDE) för ett 20-årigt, reponibelt bräck, *utan narkos*; normalt operationsförlopp. Efter op. temp. förhöjning till 38,5; aseptisk behandling af såret; spontan afföring dagligen; allmän kraftned sättning. På 12:e dygnet efter op. plötslig kollaps och död. *Sektion* visade läkning af operationssåret; hjärtat stort och slapt, rikligt fettbelagdt; muskulaturen mörk, rödbrun till färgen, ytterst skör, brister lätt för tryck af fingret. Makroskopiskt: brunt pigment i muskulaturen men ingen betydlig fettdegeneration.

I 1 fall utfördes operationen enligt CZERNY, d. v. s. utan sutur på bräckporten.

1. 64 års torpare, opererad för ett *manshufvudstort* skrotalbräck. Normalt operationsförlopp. »På tredje dagen efter op. fick pat. högersidig pnevmoni i nedre loben; då resolution inträdt här, började öfre loben infiltreras, och pat. afled 19 dygn efter op., då såret var nästan läkt.»

I dessa senare 4 fall var dödsorsaken i ett fall direkt orsakad af operationen och beroende, enligt operatörens egen be-

stämnda uppgift, på en intraperitoneal blödning efter nätresektion. I ett fall torde med ganska stor visshet en sublimatförgiftning vara dödsorsaken. I ett fall en efter operationen tillstötande akut lobär pneumoni. I ett fall torde den olyckliga utgången få skrivas på räkningen af ett försvagadt, degenereradt hjärta. Af särskildt intresse i detta fall är, att operationen utfördes utan narkos.

Af opererade *kruralbråck* (151) hafva 2 affidit efter operationen:

1) *56 års timmerman*, opererad för ett  $1\frac{1}{2}$  år gammalt, reponibelt, dufäggsstort bråck; kloroformnarkos, normalt operationsförlopp; bråcksäcken vid op. tom, afknöts och exstirperades; anulus cruralis slöts med katgutsuturer. »Några timmar efter op. inträdde plötsligt kollaps. Som blödning befarades, öppnades såret, då det befans, att stark blödning inåt peritonealhålan egt rum. Blödningen stillades, patienten fick subkutan koksalt-transfusion (3 liter), eter, kamfer, mysk, men afled 6—7 timmar efter op.» »Vid obduktionen fans en högst betydlig blödning inåt peritonealhålan såsom dödsorsak. Den hade sannolikt utgått från en ramus pubic. af art. obturatoria. Den ena ligaturen på bråcksäcken hade glidit af sannolikt till följd af blodmängdens tryck och därigenom en väg inåt peritonealhålan öppnats. (Någon annan förklaring gaf ej sektionssfndet.)»

2) *33 års fröken*, opererad för ett ploumoustort.  $1\frac{1}{2}$  år gammalt, reponibelt bråck. Bedöfningsmedlet ej angifvet, operationsförloppet normalt. 2:a dagen efter op. ömhet och värk i epigastrium och vänstra delen af buken; ordentlig afföring efter lavemang. 3:e dagen kräkning och kvalmjig, värk lika svår som föreg. dag. 5:e dagen, tillst. fortf. betänkligt; förbandsväxling. Intet anmärkningsvärdt från såret. Temp. 40,8°. 6:e dagen *död*. Ur obduktionsprotokollet: I peritoneum allmän injektion lindrig, ingen exsudatbildning. Å höger sida bakom och och ofvanför operationsfältet ett stort blodextravasat; blodet utgör ett par hundra cem. och har utbredd sig mellan bukmuskulerna, obliqui och rectus, på höger sida. Pat. anatom. diagnos: Hæmorrhagin interna muscul. præabdominal. Kliniskt var bilden mera den af en börjande peritonit.»

Vid en sammanställning af de 10 dödsfallen finnes altså, att i 3 fall döden är orsakad direkt af själfva operationen och beroende på en blödning, som 2 gånger var intraperitoneal och 1 gång intramuskulär, och förenad med sepsis(?). I 2 andra fall är döden äfven orsakad af själfva operationen men mindre direkt; i det ena fallet är sublimatförgiftning otvifvelaktig, i det andra fallet är en kloroformförgiftning altför antaglig, då pat.

egentligen aldrig fullt hemtade sig från den 5 timmar långa kloroformnarkosen.

I 1 fall dog pat. af en lobär pnevmoni 19 dygn efter op., sedan såret var läkt.

I de återstående 4 fallen är dödsorsaken mindre klar och påtaglig. I 3 af dessa fall har vid sektionen funnits en degeneration af hjärtat; åldern var resp. 49, 65, 67 år; i ett fall användes kloroform, i ett kloroformeter och i det tredje ingen narkos; 2 gånger gälde det stora bräck, en gång var bräcket hönsäggstort. I 2 af fallen finnas altså följande moment af betydelse, hög ålder 65, 67 år, hjärtdegeneration, stort (mer än knytnäfstort) bräck. I det 3:e af de tre nämnda fallen var åldern endast 49 år, bräcket litet, men en tydlig förändring af hjärtat kunde konstateras.

Det 10:e och sista fallet gälde en 56 års man, som var tjock och pussig och besvärad af stark andnöd före operationen (emfysem och bronkit). Underkastades *dubbelsidig* operation. Den försämring i hans lungåkomma, som uppstod efter den ingripande operationen under kloroformnarkos, torde kunna anses som orsaken till döden i detta fall.

### Ej inklämda bräck.

(Op. 897, döda 10, recidiv 40, recidivfria 191, ingen underrättelse 656.)

#### 1. *Hernia inguinalis hos män:*

Op. 613, döda 8, recidiv 30, recidivfria 127, ingen underrättelse 448.

##### *Bassinis op.*

Op. 184, döda 4, recidiv 9, recidivfria 65, ingen underrättelse 106.

##### *Czernys op.*

Op. 260, död 1, recidiv 7, recidivfria 28, ingen underrättelse 224.

##### *Regellös sutur af erura.*

Op. 156, döda 3, recidiv 12, recidivfria 28, ingen underrättelse 113.

##### *Macewens op.*

Op. 6, död 0, recidiv 1, recidivfria 4, ingen underrättelse 1.

##### *Kochers op.*

Op. 7, död 0, recidiv 1, recidivfria 2, ingen underrättelse 4.

#### 2. *Hernia inguinalis hos kvinnor:*

Op. 94, död 0, recidiv 4, recidivfria 19, ingen underrättelse 71.

3. *Hernia cruralis*:

Op. 151, död 2, recidiv 3, recidivfria 37, ingen underrättelse 109.

Op. med sutur af bråckporten:

Op. 62, död 1, recidiv 0, recidivfria 25, ingen underrättelse 36.

Op. utan sutur af bråckporten:

Op. 89, död 1, recidiv 3, recidivfria 12, ingen underrättelse 73.

4. *Hernia umbilicalis*:

Op. 16, död 0, recidiv 1, recidivfri 5, ingen underrättelse 10.

5. *Hernia linæ albæ*:

Op. 23, död 0, recidiv 2, recidivfria 3, ingen underrättelse 18.

**Ingvinalbråck hos män.**

**Bassinis op.**

a) *Pat:s ålder.*

1—10	}	<i>Recidivfria</i> : (3 mån.) 3, (5 mån.) 1, (6 mån.) 2, (9 mån.) 1, (10 mån.) 1, (11 mån.) 1, (12 mån.) 1, (13 mån.) 1, (15 mån.) 1, (18 mån.) 1, (3 år) 2, (4 år) 1 (4½ år) 1.
		<i>Recidiv</i> : 1 (efter 6 mån.).
11—20	}	<i>Recidivfria</i> : (3 mån.) 2, (8 mån.) 2, (18 mån.) 1, (20 mån.) 1, (2 år) 1, (2½ år) 1, (3 år) 1.
		<i>Recidiv</i> : 1 (efter 6 mån.).
21—30	}	<i>Recidivfria</i> : (4 mån.) 1, (10 mån.) 1, (12 mån.) 1, (2 år) 2, (3 år) 1, (3½ år) 1.
		<i>Recidiv</i> : —.
31—40	}	<i>Recidivfria</i> : (3 mån.) 1, (6 mån.) 1, (7 mån.) 1, (8 mån.) 1, (10 mån.) 3, (26 mån.) 1, (2½ år) 1, (3½ år) 1, (4½ år) 1.
		<i>Recidiv</i> : 1 (efter 6 mån.).
41—50	}	<i>Recidivfria</i> : (6 mån.) 1, (10 mån.) 1, (12 mån.) 1, (18 mån.) 1, (20 mån.) 1, (2 år) 2, (3 år) 1, (3½ år) 1, (4 år) 1.
		<i>Recidiv</i> : —.
51—60	}	<i>Recidivfria</i> : (3 mån.) 1, (7 mån.) 2, (8 mån.) 1, (27 mån.) 1, (2½ år) 2.
		<i>Recidiv</i> : 1 (efter 3 mån.), 1 (efter 5 mån.), 1 (efter 6 mån.), 1 (efter 7 mån.), 1 (efter 12 mån.).
60—	}	<i>Recidivfria</i> : (10 mån.) 1, (2 år) 1, (2½ år) 1, (3 år) 1.
		<i>Recidiv</i> : 1 (efter 20 mån.). (Recidivfria 65, Recidiv 9.)

b) *Pat:s yrke.*

<i>Tung kroppsarbetare</i>	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	24
		<i>Recidiv</i> . . . . .	2

<i>Lättare kroppsarbetare</i>	{	Recidivfria . . . . .	14
		Recidiv . . . . .	2
<i>Icke kroppsarbetare</i>	{	Recidivfria . . . . .	27
		Recidiv . . . . .	5

c) *Bräckets ålder:*

1 år	{	Recidivfria . . . . .	16
		Recidiv . . . . .	3
1—5	{	Recidivfria . . . . .	19
		Recidiv . . . . .	1
6—10	{	Recidivfria . . . . .	9
		Recidiv . . . . .	2
11—20	{	Recidivfria . . . . .	9
		Recidiv . . . . .	1
20—	{	Recidivfria . . . . .	8
		Recidiv . . . . .	1
<i>Ej angifvet (recidivfria)</i>			4

d) *Kongenitalt eller förvärfadt:*

<i>Kongenitalt</i>	{	Recidivfria . . . . .	19
		Recidiv . . . . .	3
<i>Förvärfadt</i>	{	Recidivfria . . . . .	46
		Recidiv . . . . .	6

e) *Reponibelt eller irreponibelt:*

<i>Reponibelt</i>	{	Recidivfria . . . . .	47
		Recidiv . . . . .	8
<i>Irreponibelt</i>	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	—
<i>Ej angifvet</i>			9

f) *Inflytande af använt bräckband:*

<i>Burit bräckband hela tiden med framgång</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	1
<i>Icke burit bräckb., el. tidtals, el. utan framg.</i>	{	Recidivfria . . . . .	51
		Recidiv . . . . .	8
<i>Ej angifvet</i>			10

g) *Flere bräck eller blott ett:*

<i>Flere bräck</i>	{	Recidivfria . . . . .	11
		Recidiv . . . . .	2
<i>Ett bräck</i>	{	Recidivfria . . . . .	51
		Recidiv . . . . .	7



h) Bräckportens storlek:

1) Fingerspetsen . . . . .	{	Recidivfria . . . . .	6
		Recidiv . . . . .	1
2) 1 finger . . . . .	{	Recidivfria . . . . .	92
		Recidiv . . . . .	3
3) 2 finger . . . . .	{	Recidivfria . . . . .	9
		Recidiv . . . . .	3
4) 3 eller flere finger	{	Recidivfria . . . . .	4
		Recidiv . . . . .	2
Ej angifvet . . . . .			24

i) Katgut eller silke:

Katgut	{	Recidivfria . . . . .	7
		Recidiv . . . . .	2
Silke	{	Recidivfria . . . . .	58
		Recidiv . . . . .	7

k) Läkningförloppet:

Aseptiskt	{	Recidivfria . . . . .	55
		Recidiv . . . . .	7
Suppuration	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	2

l) Legat efter operationen:

1—2 veckor	{	Recidivfria . . . . .	16
		Recidiv . . . . .	2
2—3 veckor	{	Recidivfria . . . . .	18
		Recidiv . . . . .	1
3—4 veckor	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	4
4—5 veckor	{	Recidivfria . . . . .	15
eller mera	{	Recidiv . . . . .	2
Ej angifvet . . . . .			6

m) Burit bandage efter op. eller ej:

Ja.	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
Nej.	{	Recidivfria . . . . .	52
		Recidiv . . . . .	5
Ej angifvet . . . . .			13

Tabell öfver recidiven.

Nr.	Recidiv efter	Patientens ålder.	Patientens yrke.	Bräckets ålder.	Kongenitalt eller förvärfadt.	Reponibelt eller ej.	Burit bräck-band eller ej.	Ett eller flere bräck.	Portens vidd.	Katgut eller silke.	Asepsis eller supp.	Legat efter op.	Bandage efter op.
1	3 mån.	56 år.	Arbetare.	12 år.	Förvärfadt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	3 finger.	Silke.	Supp.	?	Nej.
2	6 mån.	2 mån.	—	2 mån.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Ja.	Två.	1 finger.	Silke.	Asept.	2 v.	Nej.
3	6 mån.	40 år.	Arbetare.	8 år.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	2 finger.	Silke.	Asept.	4 v.	Nej.
4	6 mån.	59 år.	Åkare.	36 år.	Förvärfadt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	1 finger.	Silke.	Asept.	3 v.	Nej.
5	6 mån.	12 år.	—	12 år.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	1 finger.	Katgut.	Asept.	3 v.	Nej.
6	5 mån.	58 år.	Dagsverkare.	58 år.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	2 finger.	Katgut.	Asept.	3 v.	Nej.
7	7 mån.	58 år.	Portvakt.	8 år.	Förvärfadt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	4 finger.	Silke.	Asept.	2 v.	Nej.
8	12 mån.	56 år.	Fattighjon.	3 år.	Förvärfadt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	?	Silke.	Asept.	3 v.	Nej.
9	20 mån.	66 år.	Musiker.	15 år.	Förvärfadt.	?	Ja.	Två.	2 finger.	Silke.	Asept.	2 v.	Nej.

Czernys op.

a) Pat:s ålder:

1—10	{	Recidivfria: (6 mån.) 1, (12 mån.) 1, (2 år) 1, (2½ år) 4, (4 år) 1. Recidiv: 1 (efter 2 mån.), 1 (efter 7 mån.), 1 (efter 4 år?).
11—20	{	Recidivfria: (18 mån.) 1, (2½ år) 1, (3½ år) 1. Recidiv: —
21—30	{	Recidivfria: (3 mån.) 1, (4 mån.) 1, (22 mån.) 1, (2 år) 1, (4½ år) 2. Recidiv: 1 (efter 2 mån.), 1 (efter 9 mån.).
31—40	{	Recidivfria: (3 år) 1, (3½ år) 1, (5 år) 1. Recidiv: —
41—50	{	Recidivfria: (18 mån.) 1, (2½ år) 1, (4½ år) 1, (5 år) 1. Recidiv: 1 (efter 1 mån.).
51—60	{	Recidivfria: (11 mån.) 1. Recidiv: 1 (efter 1½ år).
60—	{	Recidivfria: (13 mån.) 1, (2½ år) 2. Recidiv: —

(Recidivfria 28, recidiv 7).

b) Pat:s yrke:

Tung kroppsarbetare	{	Recidivfria . . . . . 8 Recidiv . . . . . 4
Lättare kroppsarbetare	{	Recidivfria . . . . . 7 Recidiv . . . . . —
Icke kroppsarbetare	{	Recidivfria . . . . . 13 Recidiv . . . . . 3

c) Bräckets ålder:

1 år	{	Recidivfria . . . . . 5 Recidiv . . . . . 1
1—5	{	Recidivfria . . . . . 8 Recidiv . . . . . 2
6—10	{	Recidivfria . . . . . 3 Recidiv . . . . . 1
11—20	{	Recidivfria . . . . . 3 Recidiv . . . . . —
20—	{	Recidivfria . . . . . 1 Recidiv . . . . . —
Ej angivet		11

d) Kongenitalt eller förvärfadt:

Kongenitalt	{	Recidivfria . . . . . 13 Recidiv . . . . . 4
Förvärfadt	{	Recidivfria . . . . . 15 Recidiv . . . . . 3

e) *Reponibelt eller ej:*

<i>Reponibelt</i> .	{	Recidivfria . . . . .	17
		Recidiv . . . . .	3
<i>Irreponibelt</i> {	Recidivfria . . . . .	9	
		Recidiv . . . . .	1
	Ej angifvet . . . . .	5	

f) *Inflytande af anv. bräckband:*

<i>Anv. bräckb. hela tiden och med framgång</i> {	Recidivfri . . . . .	1
		Recidiv . . . . .
<i>Icke als, ofullständ., utan framg. anv. bräckb.</i> {	Recidivfria . . . . .	25
		Recidiv . . . . .
	Ej angifvet . . . . .	5

g) *Flerc bräck eller ett bräck:*

<i>Ett bräck</i> .	{	Recidivfria . . . . .	25
		Recidiv . . . . .	7
<i>Flerc bräck</i> {	Recidivfria . . . . .	3	
		Recidiv . . . . .	—

h) *Bräckportens storlek:*

<i>Fingerspetsen</i> {	Recidivfri . . . . .	1
		Recidiv . . . . .
<i>1 finger</i> . . . . .	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .
<i>2 finger</i> . . . . .	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .
<i>3 finger</i> . . . . .	. . . . .	—
		. . . . .
Ej angifvet . . . . .		28

i) *Katgut eller silke:*

<i>Katgut</i> {	Recidivfri . . . . .	—
		Recidiv . . . . .
<i>Silke</i> .	Recidivfri . . . . .	1
		Recidiv . . . . .
Ej angifvet . . . . .		33

k) *Läkningsförloppet:*

<i>Aseptiskt</i> .	{	Recidivfria . . . . .	24
		Recidiv . . . . .	6
<i>Suppuration</i> {	Recidivfria . . . . .	3	
		Recidiv . . . . .	1
	Ej angifvet . . . . .	1	

l) *Legat efter op.:*

<i>1—2 recker</i> {	Recidivfria . . . . .	6
		Recidiv . . . . .

2-3	veckor	Recidivfria Recidiv	Recidivfria Recidiv	2 3	Ja. { Recidiv	m) <i>burit bandage efter op.</i>	19
3-4	veckor	Recidivfri Recidiv	Recidivfria Recidiv	1 2	Nej. { Recidiv		3 9
4-5	eller flere veckor.	Recidivfri Recidiv	Recidivfria Recidiv	1 2	Ej angivet		2 2
		Ej angivet		18			

Tabell öfver recidiven.

N:r.	Recidiv efter	Patientens ålder.	Patientens yrke.	Bräckets ålder.	Kongenitalt eller förvärfadt.	Reponibelt eller Irreponibelt.	Bräckband eller ej.	Ett eller flere bråck.	Portens vidd.	Knigt eller silke.	Asepsis eller supp.	Lagat efter op.	Bandage efter op.
1	1 mån.	45 år.	Arbetare.	10 år.	Förvärfadt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	?	Asept.	?	Ja.
2	2 mån.	4 år.	—	?	Kongenitalt.	?	?	Ett.	?	?	Asept.	?	?
3	2 mån.	23 år.	Hamnarbet.	?	Kongenitalt.	?	?	Ett.	?	?	Asept.	3 v.	Ja.
4	7 mån.	2 år.	—	1år9mån.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	1 finger.	Silke.	Asept.	2 v.	Nej.
5	9 mån.	21 år.	Arbetare.	1 år.	Förvärfadt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	2 finger.	?	Asept.	4 v.	?
6	18 mån.	54 år.	Arbetare.	?	?	?	?	Ett.	?	?	Asept.	4 v.	Ja.
7	4 år?	2 år 11 mån.	—	2 år 10 mån.	Kongenitalt.	Irreponibelt.	Nej.	Ett.	Mycket vid.	?	Supp.	6 v.	Nej.

## Irreguliär sutur af crura (recidivfria 28, recidiv 12).

## a) Patientens ålder:

1—10	{	Recidivfria: 1 (4 mån.), 1 (8 mån.), 1 (20 mån.), 2 (22 mån.), 1 (26 mån.), 1 (3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år).	
		Recidiv: (efter 12 mån.) 1.	
11—20	{	Recidivfria: 2 (6 mån.), 1 (10 mån.), 1 (16 mån.).	
		Recidiv: (efter 2 år) 1.	
21—30	{	Recidivfria: 1 (3 mån.), 1 (6 mån.), 1 (9 mån.), 1 (18 mån.), 1 (2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år), 1 (4 år).	
		Recidiv: (efter 6 mån.) 3, (efter 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år) 1.	
31—40	{	Recidivfri: 1 (12 mån.).	
		Recidiv: (efter 2 mån.) 2.	
41—50	{	Recidivfria: 1 (6 mån.), 2 (5 år).	
		Recidiv: —	
51—60	{	Recidivfria: (21 mån.) 2, (24 mån.) 1, (2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år) 1, (3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år) 1.	
		Recidiv: (efter 6 mån.) 1, (efter 12 mån.) 1, (efter 13 mån.) 1.	
60—	{	Recidivfria: (6 mån.) 1, (9 mån.) 1.	
		Recidiv: (efter 1 mån.) 1.	

## b) Patientens yrke:

Tung kroppsarbetare	{	Recidivfria . . . . .	11
		Recidiv . . . . .	3
Lättare kroppsarbetare	{	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	4
Icke kroppsarbetare	{	Recidivfria . . . . .	14
		Recidiv . . . . .	5

## c) Bråckets ålder:

1 år	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	3
1—5	{	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .	4
6—10	{	Recidivfria . . . . .	8
		Recidiv . . . . .	3
11—20	{	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .	2
20—	{	Recidivfria . . . . .	4
		Recidiv . . . . .	—
		Ej angifvet . . . . .	2

## d) Kongenitalt eller förvärfadt:

Kongenitalt	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	3
Förvärfadt	{	Recidivfria . . . . .	18
		Recidiv . . . . .	9

## e) Reponibelt eller icke:

Reponibelt .	}	Recidivfria . . . . .	24
		Recidiv . . . . .	8
Irreponibelt	}	Recidivfria . . . . .	4
		Recidiv . . . . .	4

## f) Anvendt bråckband:

Hela tiden med framgång . . . . .	}	Recidivfria . . . . .	5
		Recidiv . . . . .	1
Icke als, ofullständigt, utan framgång	}	Recidivfria . . . . .	20
		Recidiv . . . . .	10
Ej angifvet . . . . .			4

## g) Ett bråck eller flere bråck:

Ett bråck .	}	Recidivfria . . . . .	24
		Recidiv . . . . .	10
Två el. flere bræk	}	Recidivfria . . . . .	6
		Recidiv . . . . .	2

## h) Bråckportens storlek:

Fingerspetsn .	}	Recidivfria . . . . .	4
		Recidiv . . . . .	—
1 finger . . . . .	}	Recidivfria . . . . .	7
		Recidiv . . . . .	3
2 finger . . . . .	}	Recidivfria . . . . .	7
		Recidiv . . . . .	—
3 finger . . . . .	}	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .	1
Ej angifvet . . . . .			16

## i) Katgut eller silke:

Kalgut	}	Recidivfria . . . . .	14
		Recidiv . . . . .	5
Silke . . . . .	}	Recidivfria . . . . .	14
		Recidiv . . . . .	6
Ej angifvet . . . . .			1

## k) Aseptisk lækning eller supp:

Aseptiskt .	}	Recidivfria . . . . .	23
		Recidiv . . . . .	6
Suppuration	}	Recidivfria . . . . .	4
		Recidiv . . . . .	4
Ej angifvet . . . . .			3

## l) Legat efter operationen:

1—2 rækker	}	Recidivfria . . . . .	9
		Recidiv . . . . .	2

m) *Bandage efter op. eller ej:*

2-3 veckor	Recidivfria	14
	Recidiv	3
3-4 veckor	Recidivfria	5
	Recidiv	4
4-5 veckor	Recidivfria	—
	Recidiv	1
	Ej angifvet	2

## Tabell öfver recidiverna.

N:r.	Recidiv efter.	Patientens ålder.	Patientens yrke.	Bräckets ålder.	Kongenitalt eller förvärfvadt.	Reponibelt eller ej.	Bräckband eller ej.	Ett eller flere bräck.	Portens vidd.	Katgut eller silke.	Asepsis eller snupp.	Legat eller op.	Bandage efter op.
1	1 mån.	66 år.	Arbetare.	14 år.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	?	Ett.	3 finger.	Silkwormgut.	Asept.	2 v.	Ja.
2	2 mån.	31 år.	Handelsbitr.	6-7 år.	Kongenitalt.	Irreponibelt.	Nej.	Ett.	?	?	Asept.	12 d.	Nej.
3	2 mån.	35 år.	Handelsbitr.	? år.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	Katgut.	Supp.	16 d.	Nej.
4	6 mån.	21 år.	Kontorist.	16 år.	Förvärfvadt.	Irreponibelt.	Ja.	Ett.	?	Katgut.	Asept.	15 d.	Nej.
5	6 mån.	25 år.	Trädgårdsmästare.	4 år.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	Katgut.	Supp.	4 v.	Ja.
6	6 mån.	54 år.	Arbetare.	1 år.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	1 finger.	Silke.	Asept.	3 v.	Nej.
7	12 mån.	15 mån.	---	14 mån.	Kongenitalt.	Irreponibelt.	Ja.	Ett.	?	?	Asept.	3 v.	Nej.
8	12 mån.	58 år.	Landtbrukare.	3-4 år.	Förvärfvadt.	Irreponibelt.	Nej.	Ett.	?	Katgut.	Asept.	3 v.	Ja.
9	13 mån.	51 år.	Timmerman.	4 år.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	Ja.	Två.	1 finger.	Silkwormgut.	Supp.	4 v.	Nej.
10	2 år.	15 år.	Fabriksarbet.	6 dagar.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	Katgut.	Asept.	4 v.	Nej.
11	2½ år.	25 år.	Handlande.	6 år.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	Silke.	Supp.	4 v.	Ja.
12	2½ år.	21 år.	Bagare.	3 mån.	Förvärfvadt.	Reponibelt.	Nej.	Två.	1 finger.	Silfver.	Asept.	?	Nej.



Macewens op. (5 fall, 4 recidivfrĩa, 1 recidiv).

Nr.	Patientens alder.	Patientens yrke.	Bræckets alder.	Kongenitalt eller förrvãfvadt.	Reponibelt eller ej.	Burit bræck- band eller ej.	Ett eller flere bræck.	Portens vidd.	Katgut eller silke.	Asepsis eller supp.	Legat efter op.	Bandage efter op.
<b>Recidivfrĩa.</b>												
1	{ Recidivfri } { 3 mån. }	Drång.	5—6 år.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	1 finger.	Silke.	Asepsis.	14 d.	Nej.
2	{ Recidivfri } { 5 mån. }	Torpare.	3 år.	Förrvãfvadt.	Reponibelt.	Ja.	Två.	2 finger.	Silke.	Asepsis.	26 d.	Nej.
3	{ Recidivfri } { 5 mån. }	Torpare.	1 år.	Förrvãfvadt.	Reponibelt.	Ja.	Två.	1 finger.	Silke.	Asepsis.	26 d.	Nej.
4	{ Recidivfri } { 9 mån. }	{ Bækslugu- } { sittare. }	20 år.	Förrvãfvadt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	3 finger.	Silke.	Asepsis.	28 d.	Nej.
<b>Recidiv.</b>												
5	{ Recidiv } { efter 2 } { mån. }	Hemmansegare.	Flere år.	Kongenitalt.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	?	?	Asepsis.	7 d.	Ja.

## Kochers operation.

N:r.	Patientens ålder.	Patientens yrke.	Bräckets ålder.	Kongenitalt eller förvärfvad.	Reponibelt eller ej.	Burit bräck- eller ej.	Ett eller flere bräck.	Portens vidd.	Katgut eller silke.	Asepsis eller supp.	Legat efter op.	Bandage efter op.
<b>Recidivfria.</b>												
1	{ Recidivfri } 2 år.	Bonde.	5—6 år.	Förvärfvad.	Reponibelt.	Ja.	Två.	?	?	{ Nekros af } { testis och } { bräcksäck. }	s v.	Nej.
2	{ Recidivfri } 2 år.	Postivspelare.	11 år.	Förvärfvad.	Reponibelt.	Nej.	Ett.	1 finger.	?	Asepsis.	?	?
<b>Recidiv.</b>												
3	{ Recidiv } efter 3 } 2 mån.	Järnarbetare.	5 år.	Förvärfvad.	Reponibelt.	Ja.	Ett.	1 finger.	?	Asepsis.	12 d.	Nej.

**Ingvinalbråck hos kvinder (recidivfria 19, recidiv 4).**

a) *Patientens alder:*

1—10	{	<i>Recidivfria:</i> 1 (11 mån.), 2 (2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år), 1 (4 år).
	}	<i>Recidiv:</i> (efter 2 mån.) 1.
11—20	{	<i>Recidivfria:</i> 1 (2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> år).
	}	<i>Recidiv:</i> —
21—30	{	<i>Recidivfria:</i> 2 (1 år), 3 (2 år), 1 (5 år).
	}	<i>Recidiv:</i> —
31—40	{	<i>Recidivfria:</i> 1 (8 mån.), 1 (2 år, 4 mån.).
	}	<i>Recidiv:</i> (efter 12 mån.) 1.
41—50	{	<i>Recidivfria:</i> 1 (8 mån.), 1 (9 mån.), 1 (16 mån.), 1 (22 mån.).
	}	<i>Recidiv:</i> (efter 3 mån.) 1.
51—60	{	<i>Recidivfria:</i> 1 (12 mån.).
	}	<i>Recidiv:</i> (efter 2 år, 9 mån.) 1.
60—	{	<i>Recidivfria:</i> 1 (11 mån.).
	}	<i>Recidiv:</i> —

b) *Patientens yrke* (betræffande kvinder svært att rubricera).

c) *Bråckets alder:*

1 år	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	2
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	1
1—5	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	7
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	—
6—10	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	3
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	2
11—20	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	3
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	—
20—	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	2
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	—
		Ej angifvet . . . . .	3

d) — — — — —

e) *Reponibelt eller ej:*

<i>Reponibelt</i> .	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	15
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	2
<i>Irreponibelt</i> .	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	4
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	1
		Ej angifvet . . . . .	1

f) *Bråckband eller ej:*

<i>Ja</i> .	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	2
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	—
<i>Nej</i> .	{	<i>Recidivfria</i> . . . . .	16
	}	<i>Recidiv</i> . . . . .	1
		Ej angifvet . . . . .	4

g) *Ett eller flere bråck:*

<i>Ett bråck</i>	}	Recidivfria . . . . .	16
		Recidiv . . . . .	4
<i>Flere bråck</i>	}	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	—

h) *Bräckportens storlek:*

<i>Fingerspetsen</i>	}	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	—
<i>1 finger</i>	}	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	1
<i>2 finger</i>	}	Recidivfria . . . . .	5
		Recidiv . . . . .	1
<i>3—5 finger.</i>	}	Recidivfria . . . . .	—
		Recidiv . . . . .	1
Ej angifvet . . . . .			9

i) *Katgut eller silke:*

<i>Katgut</i>	}	Recidivfria . . . . .	5
		Recidiv . . . . .	—
<i>Silke</i>	}	Recidivfria . . . . .	11
		Recidiv . . . . .	3
Ej angifvet . . . . .			1

k) *Aseptisk läkning eller supp:*

<i>Aseptisk</i>	}	Recidivfria . . . . .	16
		Recidiv . . . . .	3
<i>Supp.</i>	}	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	1

l) *Legat efter operationen:*

<i>1—2 veckor</i>	}	Recidivfria . . . . .	5
		Recidiv . . . . .	1
<i>2—3 veckor</i>	}	Recidivfria . . . . .	9
		Recidiv . . . . .	2
<i>3—4 veckor</i>	}	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	—
<i>4—5— flere veckor</i>	}	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
Ej angifvet . . . . .			2

m) *Bräckband efter operationen:*

<i>Ja.</i>	}	Recidivfria . . . . .	6
		Recidiv . . . . .	2
<i>Nej</i>	}	Recidivfria . . . . .	13
		Recidiv . . . . .	2

Tabell öfver recidiv.

N:r.	Recidiv efter.	Patientens ålder.	Patientens yrke.	Bräckets ålder.	Kongenitalt eller förvärfvadt.	Reponibelt eller ej.	Bräckband eller ej.	Ett eller flere bräck.	Portens vidd.	Katgut eller silke.	Asepsis eller snpp.	Legat efter op.	Ban- dage efter op.
1	2 mån.	6 år.	—	?	—	?	?	Ett.	?	?	Asept.	Flore v.	Ja.
2	9 mån.	45 år.	Arbetsustru.	7 år.	—	Reponibelt.	Nej.	Ett.	3 finger.	Silke.	Asept.	2 1/2 v.	Ja.
3	12 mån.	35 år.	Arbetsustru.	6 år.	—	Irreponibelt.	?	Ett.	2 finger.	Silke.	Asept.	14 d.	Nej.
4	2 år, 9 mån.	57 år.	Enka.	1 år.	—	Reponibelt.	?	Ett.	1 finger.	Silke.	Knapt asept.	14 d.	Nej.

**Kruralbräck, op. med sutur af bräckporten.**

a) *Patientens ålder:*

1—10

11—20

21—30

31—40

41—50

51—60 { *Recidivfria:* (3 mån.) 1, (4 mån.) 2, (6 mån.) 2, (8 mån.) 1, (2 år) 1.

60— { *Recidivfria:* (6 mån.) 1, (7 mån.) 1, (15 mån.) 1, (4 1/2 år) 1.

(*Recidivfria* 25, *recidiv* 0).

(Öfriga mom. af föga intresse, då *inga recidiv* iakttagits.)

*Recidivfria:* (6 mån.) 1, (8 mån.) 1, (11 mån.) 1, (20 mån.) 1, (4 år) 1.

*Recidivfria:* (6 mån.) 2, (7 mån.) 1, (8 mån.) 1, (9 mån.) 1.

*Recidivfria:* (7 mån.) 1, (9 mån.) 1, (20 mån.) 1, (22 mån.) 1.

**Kruralbråck**, op. *utan* sutur af bråekporten.

(Recidivfria 12, recidiv 3.)

a) *Patientens ålder:*

1—10	— — — — —	
11—20	} <i>Recidivfria:</i> (18 mån.) 1, <i>Recidiv:</i> —	
21—30		} <i>Recidivfria:</i> (2½ år) 1, <i>Recidiv:</i> —
31—40	} <i>Recidivfria:</i> (12 mån.) 1 <i>Recidiv:</i> (efter 15 mån.) 1.	
41—50		} <i>Recidivfria:</i> (6 mån.) 2, (2 år) 1. <i>Recidiv:</i> (efter 2 mån.) 1.
51—60	} <i>Recidivfria:</i> (3 mån.) 2, (8 mån.) 1, (3 år) 1. <i>Recidiv:</i> (efter 3 mån.) 1.	
61—		} <i>Recidivfria:</i> (9 mån.) 1, (21 mån.) 1. <i>Recidiv:</i> —

b) *Patientens yrke:*

<i>Tung kroppsarbetare</i>	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	2
		<i>Recidiv</i> . . . . .	—
<i>Lättare kroppsarbetare</i>	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	7
		<i>Recidiv</i> . . . . .	3
<i>Icke kroppsarbetare</i>	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	3
		<i>Recidiv</i> . . . . .	—

c) *Brackets ålder:*

1 år	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	4
		<i>Recidiv</i> . . . . .	1
1—5	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	1
		<i>Recidiv</i> . . . . .	1
6—10	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	1
		<i>Recidiv</i> . . . . .	—
11—20	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	2
		<i>Recidiv</i> . . . . .	1
20—	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	2
		<i>Recidiv</i> . . . . .	—
		Ej angivet . . . . .	2

d) — — — — —

e) *Reponibelt eller ej:*

<i>Reponibelt</i>	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	6
		<i>Recidiv</i> . . . . .	3
<i>Irreponibelt</i>	}	<i>Recidivfria</i> . . . . .	4
		<i>Recidiv</i> . . . . .	—
		Ej angivet . . . . .	2

## f) Anvendt bråckband:

<i>Hela tiden och med framgång</i>	{	Recidivfria . . . . .	—
		Recidiv . . . . .	—
<i>Als icke eller utan framgång</i>	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	3
		Ej angifvet . . . . .	2

## g) Ett eller flere bråck:

<i>Ett bråck</i>	{	Recidivfria . . . . .	10
		Recidiv . . . . .	3
<i>Flece bråck</i>	{	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .	—

## h) Bråckportens storlek:

<i>2 finger</i>	{	Recidivfria . . . . .	—
		Recidiv . . . . .	1
		Ej angifvet . . . . .	14

## i) Katgut eller silke:

<i>Katgut</i>	{	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .	—
<i>Silke</i>	{	Recidivfria . . . . .	7
		Recidiv . . . . .	1
		Ej angifvet . . . . .	5

## k) Aseptisk läkning eller supp:

<i>Asepsis</i>	{	Recidivfria . . . . .	12
		Recidiv . . . . .	2
<i>Supp</i>	{	Recidivfria . . . . .	—
		Recidiv . . . . .	1

## l) Legat efter operationen:

<i>1—2 veckor</i>	{	Recidivfria . . . . .	6
		Recidiv . . . . .	—
<i>2—3 veckor</i>	{	Recidivfria . . . . .	4
		Recidiv . . . . .	3
<i>3—4 veckor</i>	{	Recidivfria . . . . .	2
		Recidiv . . . . .	—

## m) Bandage efter operationen:

<i>Ja</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
<i>Nej</i>	{	Recidivfria . . . . .	9
		Recidiv . . . . .	3
		Ej angifvet . . . . .	2

Tabell öfver recidiven.

N:r.	Recidiv efter.	Patientens ålder.	Patientens yrke.	Bräckets ålder.	Kongenitalt eller förvärtvadt.	Reponibelt eller ej.	Bräck-hand eller ej.	Ett bräck eller flere.	Portens vidd.	Katgut eller silke.	Asepsis eller sup.	Legut efter op.	Bandage efter op.
1	2 mån.	41 år.	Kokerska.	5 år.	—	Reponibelt.	Nej.	Ett.	2 finger.	?	Asept.	14 d.	?
2	3 mån.	54 år.	Bondkvinna.	1 år.	—	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	?	Asept.	14 d.	Nej.
3	15 mån.	34 år.	Bondhustru.	12 år.	—	Reponibelt.	Nej.	Ett.	?	Silke.	Asept.	14 d.	Nej.

## Hernia umbilicalis.

## a) Patientens ålder:

1-10 { Recidivfria: 1 (4 mån.), 1 (16 mån.), 1 (2 år, 8 mån.)  
 Recidiv: —

21-30 { Recidivfria: 1 (6 mån.), 1 (2 år, 2 mån.)  
 Recidiv: (efter 12 mån.) 1.  
 (Recidivfria 5, recidiv 1)

## b) Patientens yrke:

Icke kroppsarbetare. { Recidivfria . . . . . 5  
 Recidiv . . . . . 1

## c) Bräckets ålder:

1-5 { Recidivfria . . . . . 1  
 Recidiv . . . . . —  
 Ej angifvet . . . . . 5

## d) Kongenitalt eller förvärfadt:

Kongenitalt { Recidivfria . . . . . 1  
 Recidiv . . . . . —  
 — — — — — Ej angifvet . . . . . 5

## e) Reponibelt eller ej:

Reponibelt. { Recidivfria . . . . . 4  
 Recidiv . . . . . —



<i>Irreponibelt</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
		Ej angifvet . . . . .	1

f) *Bråckband före operationen:*

<i>Ja</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
<i>Nej</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—

g) *Ett eller flere bråck:*

<i>Ett bråck</i>	{	Recidivfria . . . . .	5
		Recidiv . . . . .	1
<i>Flere bråck</i>	— — — — —		

h) *Bråckkortens storlek:*

<i>Fingerspetsen</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
<i>1 finger</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
<i>2 finger</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
		— — — — —	
		Ej angifvet . . . . .	3

i) *Silke eller Katgut:*

<i>Silke</i>	{	Recidivfria . . . . .	1
		Recidiv . . . . .	—
<i>Katgut</i>	{	Recidivfria . . . . .	—
		Recidiv . . . . .	—
		Ej angifvet . . . . .	5

l) *Asepsis eller supp:*

<i>Asepsis</i>	{	Recidivfria . . . . .	5
		Recidiv . . . . .	1
<i>Supp</i>	— — — — —		

l) *Legat efter operationen:*

<i>1—2 veckor</i>	{	Recidivfria . . . . .	3
		Recidiv . . . . .	1
<i>4 veckor</i>		Recidivfria . . . . .	1
<i>10 veckor</i>		Recidivfria . . . . .	1

m) *Bandage efter operationen:*

Intet fall.





## II. Inklämda bräck.

### 1. *Hernia inguinalis hos män:*

<i>Bassinis op.</i> . . . .	17,	döde	1,	recidiv	0,	recidivfria	7,	ingen underrättelse	9
<i>Czernys op.</i> . . . .	25,	»	6,	»	1,	»	6,	»	12
<i>Irreguliär sutur op.</i>	41,	»	2,	»	0,	»	19,	»	20
<i>Macewens op.</i> . . . .	1,	—	—	—	—	—	—	»	1

Summa op. 84, döde 9, recidiv 1, recidivfria 32, ingen underrättelse 42

### 2. *Hernia inguinalis hos kvinnor:*

op. . . 24, döde 2, recidiv 2, recidivfria 4, ingen underrättelse 16

### 3. *Hernia cruralis:*

Op. med sutur af annulus cruralis:

72, döde 7, recidiv 2, recidivfria 21, ingen underrättelse 42

Op. utan sutur af annulus cruralis:

63, döde 9, recidiv 8, recidivfria 11, ingen underrättelse 35

Summa op. 135, döde 16, recidiv 10, recidivfria 32, ingen underrättelse 77

### 4. *Hernia umbilicalis:*

Op. . . 8, döde 2, recidiv 0, recidivfria 2, ingen underrättelse 4

---

Summa Radikalop. vid inklämda bräck, döde, recidiv, recidivfria, ingen underrättelse

251	29	13	70	139
-----	----	----	----	-----

## Nordisk medicinsk litteratur från 1895.

**Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:** CARL M. FÜRST: Några iakttagelser öfver spina supra meatum. — CARL TH. MÖRNER: Ett fall af tarmstenar hos människa.

CARL M. FÜRST: **Några iakttagelser öfver spina supra meatum.** (På tyska under titel: Einige Beobachtungen über die Spina supra meatum.) Nord. med. arkiv, 1895, n:r 15.

Det lilla benutskott, som HENLE först omtalat, men af BEZOLD först fått namn och utom anatomiskt äfven kirurgiskt intresse, har erhållit ökad betydelse genom KIESELBACHS och SCHÜLZKES offentliggörelser. FÜRSTs undersökningar i afseende på förekomsten af spina supra meatum öfverensstämma i hög grad med KIESELBACHS, i det han funnit spina förekomma i 88,5 % på båda sidor, i 1,5 % endast på höger och i 0,8 % endast på vänster och saknas i 9,2 %; dessutom har han funnit den starkare utvecklad i 23 % och blott såsom antydning i 18,2 %. FÜRST visar, att spinas läge motsvarar den fibrösa förbindelsen mellan öfre kanten af tragusbrösket och det den midt emot liggande kanten af öronbrösket. Den främsta delen af spina ligger helt nära tragusbrösket och hänger till och med samman med dess öfre mediala vinkel (som SCHWALBE i sin Handbok å bilderna n:r 153 och 154 betecknar med *d*) ibland åtminstone med fibrösa trådar. *Linea temporalis*' nedstigande ben betecknar hos barn fästet för denna del af pars fibrosa meatu auditorii externi och utvecklar sig efter omständigheterna till en obetydlig eller kraftig spina.

FÜRST redogör för olika former af spina och frambåller, att den bekanta gropan bakom spina är en sekundär bildning, beroende hufvudsakligen på spinas tillväxt. Det händer ofta, att denna tillväxt bakåt och lateralt hän från spina och närliggande bendelar är mera utbredd och sträcker sig så vidt nedåt och bakåt, att man har svårt att afgöra hvad som hör till spina och hvad som hör till närmast liggande del af os tympanicum, i synnerhet då benstrålarna ligga intill hvarandra och hafva samma riktning. FÜRST tror, att dylika former gifvit anledning till den afbildning i POIRIERS nyligen utgifna *Traité d'Anatomie*, där genom färger felaktigt angifves, att spina har gemensamt ursprung med os tympanicum. — En annan ej sällsynt form, där os tympani-

cum lägger sig utanför eller ofvanpå den nedåt och bakåt utvuxna beulamellen från spina, anger äfven de båda delarnas skilda ursprung.

FÜRST bar hos gorilla, chimpanz och simia satyrus funnit en inkonstant bildning, som möjligen motsvarar spina supra meatum hos människan.

BEZOLDS uppgift, att en horisontallinie, som drages genom spina, i allmänhet skär antrum mastoideum något ofvan dess botten, konstaterar FÜRST; men anmärker, att då spina kan vara en kam eller, såsom HENLE säger, en list, så blir horisontallinien ibland ganska bred och träffar processen på ett stort bälte. Emedan BEZOLDS spinalinie motsvarar groplinien, och denna äfven är tangentialinien för hörselgångens öfre kant, så bör i praktiskt-kirurgiskt hänseende denna vara lämpligare att använda i all synnerhet då den är lättare att finna. — Det tunnaste stället på processus mastoideus har redan den svenske anatomen ADOLPH MURRAY sökt bestämma i förhållande till spetsen på processen. Senare författare hafva försökt sig på andra utgångspunkter såsom spina (BEZOLD), linea temporalis (SCHÜLZKE) m. fl. Af alla dessa tyckas visserligen BEZOLDS mått och uppgifter vara de bästa, men då FÜRST öfvertygat sig om, huru svårt det t. o. m. vid dissektion är att snabbt och säkert kunna konstatera spinas existens, så tror han, att kirurgerna göra bäst i att ej besvära sig med att söka efter spina.

*Fürst.*

CARL TH. MÖRNER: Ett fall af tarmstenar hos människa. Upsala läkarefören. förhandl., bd 30, s. 266.

Vid utspolning af rectum å en manlig, 23-årig patient, som sedan långliga tider ständigt lidit af defekationsbesvärligheter, erhöll D:r RUDBERG i Söderhamn för omkr. 1 år sedan ett stort antal (minst 15) hårda, gråhvita, facetterade stenar, af hvilka 5 tillvaratogos och af förf. närmare undersöktes.

Vikten växlar mellan 7,5 och 12,2 gm; vid genomsågning visa samtliga stenarna en distinkt begränsning mellan en inre »kärne» och ett yttre, stenarnas hufvudmassa utgörande, fast och tätt, nästan homogent, ljusgrått »skal». »Kärnen» bildas i två stenar af väl konserverade plommonkärnar.

»Skalet», som vid kemisk pröfning befinnes fritt från bl. a. sulfat, klorid, oxalat, gallfärgämne och kolestearin, eger följande sammansättning (närmare detaljeradt i orig.):

Aminoniummagnesium-, magnesium- och kalcium-fosfat	89,11 %
Kalciumkarbonat	1,61 »
Neutralfett och fettsyrdt kalcium	0,95 »
Olöslig organisk substans (cellulosabildningar)	1,90 »
Fuktighet, spår af löslig organisk substans, spår af natrium o. s. v.	6,43 »
	100,00 %

och består sålunda till ojämförligt största delen af *organiska* föreningar.

*Carl Th. Mörner.*

**Patologisk anatomi och allmän patologi:** V. UCHERMANN: Die Geschlechtswahl der Krankheiten. Das Geschlecht der Taubstummen. — A. HALVORSEN: Medfödde Defekter og Misdannelser af Fingre hos Moder og Datter. — POUL HERTZ: Et Tilfælde af Osteomalaci. — R. M. BERG: Et Tilfælde af cysticercus cellulose hertillands (Norge). — A. SELL: Maligne Nydannelse's Pävirkning af erysipelas. — A. JOSEFSON: Om färgning af blod för kliniskt ändamål. — FIBIGER: Bakteriologiske Studier over Difteri.

V. UCHERMANN: **Die Geschlechtswahl der Krankheiten. Das Geschlecht der Taubstummen.** Nord. med. Ark. 1895, Bd 27, Nr 6, S. 1—31.

Forf. giver i sin indholdsrige og interessante Afhandling en Udsigt over Dövstumheden i Norge i Følge statistiske Opgaver, der er samlet i en lang Årrække. Det er særlig Spørgsmålet om, hvorledes man skal forklare sig det mærkelige Forhold, at Mandkønnet har en afgjort Overvægt med Hensyn til Dövstumheden fremfor Hunkønnet, der nærmere udredes. Årsagerne dertil forsøges påvist, dels af det indsamlede Materiale, dels ved Literaturen. Talrige Tabeller bidrager til Oversigten over dette udviklede Spørgsmål. Der henvises for øvrigt til Originalen.

G. G.

A. HALVORSEN: **Medfödde Defekter og Misdannelser af Fingre hos Moder og Datter.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 289.

Datteren, i øvrigt velskabt, manglede på bægge Hænder 2den og 3dje phalanx på 2den til 5te Finger. — Moderen manglede på h. Hånd 3dje Led af 2den, 3dje og 5te Finger; på v. Hånd manglede 3dje Led af 2den og 3dje Finger; 4de og 5te Finger bestod kun af 1ste Led. I øvrigt ingen Misdannelser i Familien.

S. Borch.

POUL HERTZ: **Et Tilfælde af Osteomalaci.** Med 2 Tavler. Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, Nr 2.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, Nr 5.

R. M. BERG: **Et Tilfælde af cysticercus cellulose hertillands (Norge).** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 453—455.

Der berettes om en Patient med en rød, varm og ømfindtlig tumor i bagerste Axillarlinie i Højde med Kostalbuen 7 til 8 Cm. i Diameter, fluktuerende. Ved Incision udtømtes en hel Del pus, hvori opdagedes en *Blære*, omtr. 2 Cm. i Diam., der efter nærmere Undersøgelse viste sig at være *cysticercus cellulose*, *tænia soliums* Blæreorm. Tumoren var bemærket allerede i 2½ År forud. Patienten har ikke haft Bændelorm; Kimen er muligens kommen fra mindre renselig tilberedte Grønsager.

G. G.

A. SELL: **Maligne Nydannelsers Påvirkning af erysipelas.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 389.

Efter at Forf. havde set en stor kongenit Svulst (Sarkom) på Halsen af et Barndsvinde fuldstændigt borte i Løbet af  $\frac{1}{2}$  År efter en spontant opstået erysipelas, forsøgte han Inokulation fra erysipelasbullæ hos en Patient med en inoperabel malign Nydannelse i orbita. Efter en Indpodning med positivt Resultat svandt Svulsten i Løbet af et Par Måneder til mindre end en Tredjedel af sin oprindelige Størrelse, samtidigt med at Patientens Huld og Kræfter vare bedre. Et halvt År senere var Svulsten atter voxet og Inokulation med Erysipelas-Vædske gav negativt Resultat.

S. Borch.

A. JOSEFSON: **Om färgning af blod för kliniskt ändamål.** Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1894, s. 32. Med 2 tafvor.

Undersökningar af särskildt de eosinofila cellernas förekomst hos olika patienter jämte en öfversikt af det hittills i detta hänseende kända. Den vanliga färgningsmetoden har förf. modifierat i och för undersökningens hastigare utförande på följande sätt: Lufttorkadt preparat föres hastigt 3 gånger genom spritlåga, neddoppas i eter-alkohol, får lufttorka; därefter lägges preparatet i 2 % vatteneosinlösning, afsköljes hastigt i vatten, får torka, så  $\frac{1}{2}$  minut i metylenblått-vattenlösning, afsköljning i vatten, torkas och i kanadabalsam. Resultaten äro vid denna metod enligt jämförelse med de öfriga angifna lika goda. Undersökt har förf. 16 patienter; i 3 fall af anæmia pernicioosa funnos inga eosinofila celler, i 2 fall af febris typhoides voro de ej förökade, vid en mjälttumör efter malaria anträffades de i betydlig mängd, i ett fall af malaria åter i normal mängd, i riklig mängd vid 4 fall med lesioner af bensystemet, i 2 fall af osteomyelitis acuta åter i sparsam mängd, i ett fall af cancer ventriculi voro de ej förökade, sakuades alldeles i ett fall af nephritis chron. samt anträffades betydligt förökade under anfallen i ett fall af asthma bronchiale, hvarjämte de i detta anträffades äfven i sputum. Af dessa fall och andras iakttagelser tyckes det förf. framgå, att bildningsstället för de eosinofila cellerna ännu ej kan med säkerhet bestämmas; möjligen kunna de bildas rent af hvar som helst dels framgå ur f. d. bindväfsceller.

Köster.

FIBIGER: **Bakteriologiske Studier over Difteri.** Doktordisputats. Köbenhavn 1895.

En meget omhyggeligt udført Undersøgelse af Difteriens bakteriologiske Forhold, baseret på 220 Tilfælde af difterisk, skarlatinös og simpel angina, undersøgt ved ROUX's og YERSIN's Metode. Forf. har desuden undersøgt Svælgsekret fra talrige sunde Individuer og fundet, at der hos 3 af disse, der befandt sig fuldstændig vel og ikke frembød Symptomer på Difteri, var fuldt virulente Difteribaciller til Stede i Svælg, om end i ringe Antal.



Afhandlingen, der er ledsaget af farvetrykte Tavler og fotografiske Gengivelser i Texten, støtter i det hele ROUX's og YERSIN's Opfattelse; den egner sig i øvrigt ikke til Gengivelse i Uddrag.

*F. Levison.*

**Speciel patologi och terapi:** H. KÖSTER och A. LINDH: Kortikal epilepsi, trepanation. — H. S. VETLESEN: Hjärne-extrakt subkutan ved nevrasteniske Tilstande. — MARIUS LAURITZEN: Diabetes mellitus behandlet med Pankreas. — JOH. MYGGE: Diabetes mellitus behandlet med Pankreas. — MARIUS LAURITZEN: Svar til Hr. Overlæge MYGGE. — VERMEHREN: Studier over Myxödemet. — KNUD FABER: Perniciös Anæmi som Følge af Tarmlidelse. — VOGELIUS: Om Ledlidelser under Forløbet af krupøs Pnevmonii. — J. LEMCHE: Et Tilfælde af morbus Basedowii, behandlet med pill. gland. thyr. — GRAM: Diagnosen af morbus Basedowii med særligt Hensyn til Begyndelsesstadiet (forme fruste). — Diskussion i medicinsk Selskab i Anledning af oven anførte Foredrag. — NILS ENGLUND: Difteri och dess behandling. — SÖRENSEN: Forsøg med Serumbehandling (tysk Serum). — THYMANN: Difteri og scarlatina. — CHR. VON HAVEN: Difteristatistik på Sygehusene i Åbeltoft. — BLOCH: Citronsyre mod diphtheritis. — H. KÖSTER: Om guajakolbehandling af feber. — H. KÖSTER: Primær endocarditis acuta valv. pulmonal. — CHR. F. BONNEVIE: Et Tilfælde af akut forløbende cancer hepatis. — F. LEVISON: Om Behandling af Urinsyrekonkrementer.

H. KÖSTER och A. LINDH: **Kortikal epilepsi; trepanation.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1894, s. 72.

Hos en 12-årig gosse optrådte alt som oftest anfald af tonisk-kloniska ryckningar uteslutande i vänster sida och här af både ansikte, arm och ben, medan högra sidans extremiteter voro oberörda. Dessa ryckningar varierade i intensitet, angrepo ej alltid alla dessa delar, och medvetandet var under anfallet bibehållet. De hade först uppträdt i armen, en tid senare i mungipan och först ett år därefter äfven i benet, och här först i foten och senare äfven i öfriga delar af benet. Dessutom hade en förlamning af hand- och fingerlederna samt fotleden å vänstra extremiteterna utbildats, medan i de öfriga lederna en viss rörlighet fans kvar. På grund här af (se epikrisen) ansågs sannolikt, att en lesion af höger bakre centralgyrus' mellersta del förefunnes, och då tillståndet på grund af anfallets tätare uppträdande och tendens att gripa öfver äfven på andra sidan blef alt sämre, tillråddes operation. Vid denna (dr LINDH) anträffades emellertid intet abnormt i hjärnan, men det oaktadt inträdde en förbättring så till vida, att kramp- anfällen upphörde för en tid, ehuru förlamningarna kvarstodo.

*Köster.*

H. S. VETLESEN: **Hjärne-extrakt subkutan ved nevrasteniske Tilstande.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 182—183.

Forf. har behandlet 4 Patienter med subkutane Injektioner af Hjärne-extrakt (substance grise) efter BABES og C. POUL.

Tilfældene vare følgende:

Nr 1) Kunstmaler, der i flere År havde lidt af Nevrasteni eller rettere hysteria virilis på Grænsen af en Psykose. Anfald af angina pectoris, globulus, Agorafobi. Dårlig Søvn. — 3 Gange ugentlig Injektion. Efter 10 Injektioner blev Kuren afbrudt på Grund af Patientens Bortflytning. Der var da tydelig Bedring.

Nr 2) 25 År gammel Frøken, lidende af Nevrasteni med Søvnløshed, hvorfor hun brugte Kloral. Hun fik 11 Injektioner. Søvnlen blev god uden Brug af Kloral, ligesom også de øvrige Symptomer bedredes.

Nr 3) 20-årig Gårdbrugerdatter, lidende af Nevrasteni med psykisk Forstemning. 12 Injektioner med påtagelig Bedring.

Nr 4) 34 År gammel Frøken, hysteroneurasthenia med vekslede Neuralgier, Hemikrani, hysterisk Afoni. 12 Injektioner. Virkningen omtrent lig Nnl.

Det af Forf. anvendte Präparat var »liquide céérébral» fra Chaix & Remy i Paris. Hver Injektionsdosis var 3 til 4 Kem.

Forf. udelukker ikke Muligheden af at Suggestionen kan have haft sin Betydning.

MARIUS LAURITZEN: **Diabetes mellitus behandlet med Pankreas.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 523.

JOH. MYGGE: **Diabetes mellitus behandlet med Pankreas.** S. St., S. 634

MARIUS LAURITZEN: **Svar til Hr. Overlæge Mygge.** S. St., S. 665.

Dr. L. har i 6 Tilfælde forsøgt Behandling af diabetes mellitus med et Glycerinudtræk af Pankreas og et deraf ved Alkohol udfældt Stof. Han mener hos disse Patienter at have iagttaget en i øvrigt ikke meget betydelig Formindskelse af Sukkerudskillelsen som Følge af Behandlingen, medens samtidig Almenbefindendet bedredes. Han mener derfor, at man bør gøre videre Forsøg med denne Medikation for at udfinde de Former af diabetes (Pankreasatrofi), der egne sig til denne Behandling. Overlæge MYGGE kritiserer L's Slutninger og Forsøgsmetoder ret skarpt, medens Dr. L. i sit Svar mener, at M's Kritik beror på Misforståelse af hans Afhandling. *F. Levison.*

VERMEHREN: **Studier over Myxödemet.** Doktordisputats. Köbenhavn 1895.

Forf. har samlet 16 nøjagtig iagttagne Tilfælde af Myxödem, som af köbenhavnske Læger ere behandlede med forskellige Präparater af gland. thyreoidea. På basis af dette Materiale og af den omfangsrige Literatur om Myxödem og hermed sammenknyttede Spørgsmål giver han en omfangsrig og indgående Undersøgelse af Myxödemet, af gland. thyreoideas fysiologiske og patologiske Forhold, af de sygelige Tilstande, som med større eller ringere Sandsynlighed kunne sættes i Forhold til denne Kirtels Tilstand, saant af de Virkninger, som man har sét af at indføre gland. thyreoidea af Dyr i Organismen i sund og syg Tilstand.

Ved Stofskifteundersøgelser af myxödematöse Patienter mener Forf. at have fundet, at disse have en meget ringe Kvälstofomsætning, der ligger under eller højst ved den nederste Grænse af normale Individens Omsætning under Inanition; denne ringe Omsætning skyldes kun til Dels en dårlig Udnyttelse af de tilførte kvælstofholdige Födemedler. Under Behandling med gland. thyreoidea stiger Kvälstofomsætningen og i det hele synes Stofskiftet at blive mere energisk.

Også på sunde Individier har Forf. prøvet Virkningen af gland. thyreoidea, givet per os, og fundet, at Stofskiftet hos unge ikke synes at påvirkes herved i nogen væsentlig Grad; hos 3 gamle, til Dels senile Individier steg derimod Kvälstofudskillelsen stærkt, og dette skyldtes ikke forøget Tilførsel af kvælstofholdige Födemedler og sandsynligvis heller ikke bedre Udnyttelse af Föden; samtidig aftog Legemsvægten og Pulsfrekvensen steg; mindre konstant sporedes hurtigere Respiration, forhøjet Temperatur og forøget Dinrese, alt Symptomer, som også iagttages ved Behandling af myxödematöse Patienter med Präparater af gland. thyreoidea.

Forf. slutter sig til en af HORSLEY opstillet Hypotese, at Senilitet helt eller delvis skyldes en Atrofi af gland. thyreoidea; han mener (delvis) at kunne karakterisere Senilitet som et kronisk Myxödem, medens omvendt Myxödemet betragtes som en (partiel) præmatur Senilitet.

*F. Levison.*

**KNUD FABER: Perniciös Anæmi som Følge af Tarmlidelse.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 602.

En 27-årig Kvinde led af udtalt Anæmi med Træthed, Kortåndethed o. s. v.; hun klagede tillige over Kvalme, Opkastninger og tynd Åbning; der var desuden meget stærke borborygmi tilstede. I en Kmm. Blod fandtes 600 000 røde Blodlegemer, af hvilke nogle vare misdannede, mange förstørrede indtil en Diameter af 10—15—17  $\mu$ ; Hämoglobinmængden, bestemt ved GOWERS's Apparat, var 20 %.

Ved Sektion fandtes på Tyndtarmen 2 Strikturer, så snævre, at en Blyant netop kunde passere; ovenover disse var Tarmen dilateret; den øverste Striktur sad 2  $\frac{1}{4}$  Meter fra pylorus; der var her en cirkelformet Ulceration af 3—4 Mm:s Bredder; i Bunden af Ulcerationen aragtigt, fibröst Væv. Den anden Striktur, 1  $\frac{1}{4}$  Meter længere nede, dannede det nederste Stykke af et fibröst degenereret Tarmparti på 11 Cm:s Længde; Slimhinden var her bevaret; men under den fandtes talrige anastomoserende, fibröse Strög. Nedenfor Strikturerne var Tarmen tynd, atrofisk. Der fandtes intet Tegn på Tuberkulose eller Syfilis i Liget, så at Strikturernes Oprindelse var tvivlsom.

Når Spørgsmålet stilles på Strikturernes Forhold til Anämien, fremhæver Forf., at Tyndtarmsstrikturer konstant give Anæmi. Forf. meddeler endnu 2 Tilfælde af Botryocephalus latus, af hvilke det ene, i hvilket Bändelormen ved Sektionen fandtes død og i Dekomposition, havde givet stærk Anæmi, medens det andet, som helbrededes, efter at 2 Bändelorme på tilsammen 40 Alens Længde vare uddrevne, ikke viste dette Symptom, og ved at sammenholde disse Fund med Literaturen, kommer han til det Resultat, at så vel Anämien ved Tyndtarms

striktur som ved *Botryoecephalus latus* må betragtes som ägte perniciöse Anämier, og at Grunden til dem er en Avtointoxikation, fremkaldt ved Stagnering af Näringsmidler, Dekomposition af døde Bändelorme eller lignende.

*F. Levison.*

**VOGELIUS: Om Ledlidelser under Forløbet af krupös Pnevmoni.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 261.

Forf. refererer 2 Tilfælde af suppurativ Ledlidelse som Komplikation ved krupös Pnevmoni. Det første fandtes hos en 38-årig Arbejdsmand, hos hvem højre art. sterno-clavicularis angrebes på Pnevmoniens 5te Dag; ved Incision udtömtes gullig, sero-purulent Vædske, og da det viste sig, at clavículas sternale Ende var destrueret, fjærnedes en Del Benvæv med skarp Ske; i Pusset fandtes Diplokokker, der ved Udseende, Giftighed og Voxemåde stemmede med Pnevkokker. — Den anden Patient, en 36-årig Malersvend, fik under en Pnevmoni et Empyem og samtidig hermed en Lidelse af venstre Hofteled; ved Incision udtömtes pus så vel fra Hofteledet som fra Empyemet, og dette indeholdt Pnevkokker.

I Tilslutning til disse Iagttagelser giver Forf. en skematisk Oversigt over de i Literaturen meddelte Tilfælde af Ledlidelser under Pnevmoni, ved hvilke en bakteriologisk Undersøgelse er foretaget og Pnevkokker fundne i Pusset.

*F. Levison.*

**J. LEMCHE: Et Tilfælde af morbus Basedowii, behandlet med pill. gland. thy.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 449.

Et Tilfælde af morb. Basedowii behandlet med pill. gland. thy.; ved Behandlingen syntes Svulsten af Skjoldkirtlen at formindskes; men i övrigt bedredes Tilstanden ikke, men gik over i en Sindssygdøm (Mani?), under hvilken Patienten døde. — Sektion ikke foretagen.

*F. Levison.*

**GRAM: Diagnosen af morbus Basedowii med særligt Hensyn til Begyndelsesstadiet (forme fruste).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 429, 457.

**Diskussion i medicinsk Selskab i Anledning af oven anførte Foredrag.** Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1894—95. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 492.

Forf. har ved at gennemgå Hospitalsberetningerne fra Köbenhavns 2 store Hospitaler for 10 År (84—93) kun fundet 52 Tilfælde af morb. Basedowii, men mener, at dette skyldes den Omständighed, at kun de udprægede Tilfælde erkendes, medens de mindre udtalte Tilfælde eller måske rettere de tidligere Stadier af Sygdommen, som jævnlig ende med Helbredelse, ere diagnosticerede som Nevrasteni, Hysteri, nervös Hjärtebanken o. s. v. Forf. refererer 17 Tilfælde fra Årene 1892—94, som efter hans Opfattelse repræsenterer disse Begyndelsesstadier af morb. Basedowii, i hvilke ét eller flere af de klassiske Hovedsymptomer manglede.

GRAM slutter sig til MOEBIUS's Teori, i Følge hvilken morb. Basedowii danner en Antipode af Myxödem og skyldes en forstærket eller

abnorm Virksomhed af gland. thyreoidea. Som medicinsk Behandling anbefaledes Jodjærn, digitalis og Bromkalium.

I Diskussionen fremhævede PLUM den kirurgiske Behandlings store Betydning; BLOCH refererede et Tilfælde, i hvilket den kirurgiske Behandling ikke havde bedret Almentilstanden; HOWITZ mente, støttet på egne Erfaringer, at kunne anbefale Behandling med gland. thyreoidea. F. TRIER havde ved en Sektion af en 48-årig Kvinde, der led af morb. Basedowii, fundet så vel gland. thyreoidea som thymus forstørret; thymus var af en ensformig, kødet Beskaffenhed, og i venstre Lap fandtes noget hvidligt vællingagtigt Sekret. Så vel TRIER som FRIEDENREICH og LANGE hævdede morb. Basedowii som en Nevrose, der ved mange Medlemled gik over i andre nevrasteniske, hysteriske og lignende Affektioner.

*F. Levison.*

NILS ENGLUND: **Difteri och dess behandling.** Eira 1895, s. 135, 170.

Förf. förordar följande behandling: gurgling hvarannan eller hvar tredje timme med BOTTERS lösning. Inblåsning hvar tredje timme med sozodolas natrius 1 + sulphur præcip. 3. Intagning af sol. chlorot ferriei spirit. (3—4 ggr dagl.) 8—10—20 droppar, alt efter patientens ålder.

*Edgren.*

SÖRENSEN: **Försög med Serumbehandling (tysk Serum).** Hospitals-Tidende, R. 4. Bd 3, S. 293, 321, 353, 377.

Forf. har anvendt Injektion af det tyske Difteriserum i 61 Tilfælde, af hvilke 17 endte med Döden, 26 udgik mere eller mindre helbredede og 18 ved Beretningens Afgivelse endnu vare under Behandling. Forf. drager af sine Forsög följende Slutninger: »Ved Serumet synes undertiden Organismens sædvanlige Reaktion mod den difteritiske Infektion at forstärkes og en Del Tilfælde derfor at forløbe mere gunstigt end väntet. På den anden Side synes Serumet undertiden at skade Organismens Väv, dels på en lignende Måde som Difteritoxinerne (mere Blödning, stärkere Nyreaffektioner), dels ved at fremkalde patologiske Processer, navnlig Exantemer, der ellers ikke forekomme ved diphtheritis. Ophæve Difteritoxinets väsentligste Virkning — Lamhederne — synes Serumet i hvert Tilfælde kun i ringe Grad og ved store Doser at formå, og dets helbredende Virkning ved fuldt udviklet diphtheritis — der hovedsagelig dräber gennem Laminelse — synes herefter ikke at kunne anslås synderlig höjt.» Som Immuniseringsmiddel er Serumbehandlingen ikke prøvet.

*F. Levison.*

THYMANN: **Difteri og scarlatina.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 270, 340, 363.

På Köbenhavns Amts gamle Sygehus behandledes fra November 1893 til November 1894 243 Tilfælde af Difteri, 300 af scarlatina. Dödeligheden blandt Difteripatienterne var 16,46 %, af Kruppatienter döde 61,4 %. Da Termostat var anskaffet, undersögtes alle Difteripatienter bakteriologisk, og det viste sig da, at omtr.  $\frac{1}{3}$  af de for Difteri

indlagte Patienter ikke led af denne Sygdom. Når denne Korrektion overføres på hele Patientallet, vil Dødeligheden af Difteri blive noget større, nemlig 24,13 %.

Efter Forf:s Opfattelse smitter Difteribacillen kun ved direkte Overførelse, og han stiller sig skeptisk lige overfor Optegnelserne om smittebefængt Lejlighed, Klæder o. s. v.

Patienterne holdtes tilbage i Hospitalet, så længe fauces endnu indeholdt Diteribaciller, hvilket varede indtil 22 Dage efter Belægnin-gernes Afstødning.

Med Hensyn til Skarlatinapatienterne kan bemærkes, at 16 Patienter som Experiment behandlede med »rødt Lys» ad modum Finsen, uden at dette syntes at have nogen Indflydelse på Exanemet eller Sygdommen.

*F. Levison.*

CHR. VON HAVEN: **Difteritisstatistik på Sygehusene i Äbeltoft.** Ugeskrift f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 291.

Forf. har fra 1ste Januar 1888 til 14de November 1892 behandlet 154 Tilfælde af Difteri med en Mortalitet af 9,09 %. Af disse vare 56 svære Tilfælde med en Dødelighed af 25 % (Serumbehandling ikke anvendt).

*F. Levison.*

BLOCH: **Citronsyre mod diphtheritis.** Ugerskrift for Læger, R. 5, Bd 2, s. 293.

Forf. anbefaler en 10 % Opløsning af Citronsyre given efter Patientens Alder teskefuld—spiseskefuldvis med korte Mellemrum, indtil Membranerne afstødes.

*F. Levison.*

H. KÖSTER: **Om guajakolbehandling af feber.** Göteborgs läkaresällskaps förh. 1894, s. 48.

Förf. har i ett antal fall pröfvat den af SCIOLLA angifna metoden. Konstant visade sig en större eller mindre sänkning inträda; och resultatet öfverensstämd i allmänhet med de af andra författare erhållna. Ofta voro emellertid temperatursänkningarna åtföljda af profusa svettningar och af stor svaghetskänsla, där verkan var något betydligare, och häri torde förnämsta hindret för medlets allmänare användning ligga. Endast i fall, i hvilka krafterna äro goda, och där en temperatursänkning anses önskvärd, men patientens ventrikel ej kan behålla ingifna läkemedel, torde medlet förtjäna ihågkommas.

*Köster.*

H. KÖSTER: **Primär endocarditis acuta valv. pulmonal.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1894, s. 1.

Primära endokarditiska processer uteslutande å pulmonalisvalvlerna äro mycket sällsynta. I föreliggande fall var symptombilden redan under lifvet så typisk, att diagnosen med säkerhet kunde ställas: hos en 29-årig kvinna utbildades i samband med en partus under hosta, hjärklappning, feber och hastig förstoring af hjärtat åt höger, tydligen beroende på en dilatation, ett diastoliskt starkt blåsljud, uteslutande

öfver arteria pulmonalis' auskultationsställe i 2:dra vänstra interstitiet, som ej fortledes upp i halskärnen, och som förstärktes vid expiration, försvagades vid inspiration, 2:dra pulmonalisten försvann och hjärtstötten blef bred och kraftig; slutligen uppstodo talrika lungembolier. I senare stadier blef bilden otydligare, starka blåsljud, både systoliska och diastoliska, uppträdde å alla auskultationsställena och en perikardit tillstötte. Det oaktadt voro alla valvlerna friska utom pulmonalistsiets. På grund af anamnestiska data anser förf. det sannolikt, att före sista puerperiet pat. redan lidit af ett vitium cordis, och att en akutisering föranledts genom det samma. Förf. omnämner i samband härmed tvänne af GERHARDT beskrifna symptom, som af denne ansetts till en viss grad karakteristiska för en pulmonalisförändring, nämligen dubbelton i lungartergrenarna och hörbar kapillärpuls i lilla kretsloppet.

*Köster.*

CHR. F. BONNEVIE: **Et Tilfælde af akut forløbende cancer hepatis.**  
Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 124—126.

Patienten, en 37-årig Mand, fik i midten af November 1893 gastriske Besvärligheter, der trodsede den anvendte Behandling. Den 18de Januar blev han heftig syg med intense Smerter under højre Kostalbue samt Feber, der vedvarede under det videre Forløb. Efterhånden påvistes en stadig tiltagende Forstørrelse af Leveren. Han døde den 17de Februar 1894. — Ved Sektionen fandtes en betydelig forstørret Lever (Vægt 6 Kilogram) gennemsat af talrige medullære Kancerkuuder. Intet patologisk at finde ved de øvrige Organer.

F. LEVISON: **Om Behandling af Urinsyrekonkrementer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 683.

Foranlediget ved en af Dr. ROVSING fremsat Aaufebaling for at behandle Udfældning af Urinsyre i Nyrene ved at lade Patienterne drikke større Mængder kogt Vand i længere Tid, hävder L., at denne Kur vel i visse Tilfælde vil kunne erstatte Behandlingen med Alkalier, men at den hos andre Patienter, særlig Börn, vanskelig kan gennemföres, og at man meget vel kan undgå den Fare, at Urinen bliver alkalisk og giver Anledning til Udfældelse af Fosfater om de små Urinsyrekonkrementer, när man kun giver små Indgifter og samtidig stadig kontrollerer Virkningen ved Hjälp af Lakmuspapir og Mikroskop.

*F. Levison.*



**Kirurgi och oftalmiatrik:** JOHAN WIDMARK: Om blindhet i Norden. — G. AHLSTRÖM: Fall af ensidig reflektorisk pupillörrlighet. — C. A. LJUNGGREN: Om käksvulster med ursprung ifrån tandepitelgrodd-listea. — G. KLÆR: Hämatom (traumatisk Perikondrit) och akut primär perichondritis septi nasi. — SCHIÖTZ: Meddelelse fra Roskilde Amts Sygehus i Aaledning af 161 Tilfælde af Krnp. — ARCTANDER: 2 Tilfælde af Tandsüt i ösophagus. — FOGH: Tandsüt i ösophagus. — JENS SCHOU: To Tilfælde af appendicitis. Laparotomi ved Exstirpation af proe. vermiformis. Helbredelse. — A. LINDH: Operationer för mera diffus peritonitis. — E. TSCHERNING: PHELPS Metode for radikal Brokoperation. — FRIMANN KOREN og AUGUST KOREN Jr.: Prostatahypertrofi med retentio urinæ, helbredet ved Kastration. — F. RAMM: Kastration og Prostatahypertrofi. — THORKILD ROVSING: Nyrens og ureters kirurgiske Sygdomme. — FR. HOWITZ: Lidt Nyrekirurgi. — A. LINDH: Kronisk pyelit. Bindväfshyperplasi i njuren. Nofrektomi. — E. MÜLLER: Nefrektomi ved Nyretuberkulose. — TH. ROVSING: Om Diagnosen og Behandlingen af Nyresten. — E. TSCHERNING: Fremvisning. — ANDERS HANSSON: Om excisiou vid spina bifida. — J. KAARSBERG: Om Behandlingen af mastitis med Udtømmelse af mamma. — OSCAR BLOCH: Bemærkninger om den sjodgroede Negl på Stortåen. — AAGE E. KLÆR: Om Kloroform og Återoarkose. — LEOPOLD MEYER: Om Kloroform og Åternarkose. — P. PANUM: Behandlingen af de almindeligst forekommende ortopædiske Lidelser. — P. LORENTZEN: Nogle almindelige Bemærkninger om Konstruktion af Bandager. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentväsen. — NYROPS Etablissement: Instrumentväsen.

JOHAN WIDMARK: **Om blindhet i Norden.** Klinisk föreläsning. Hygiea 1895, s. 386.

En redogörelse för förekomsten af blindhet i Sverige, Norge, Danmark och Finland, företrädesvis grundad på de fyra ländernas officiela blindstatistik, Serafimerlasarettets årsrapporter samt uppgifter från blindinstituten i Stockholm, Köpenhamn, Kristiania, Helsingfors och Kuopio.

Enligt 1890 års folkräkning har Finland 15,5, Norge 12,8, Sverige 8,3 och Danmark 5,3 blinda på 10,000. Den förnämsta blindhetsorsaken är i Finland trakom, i Norge grå starr. I Sverige är yttre våld en framträdande blindhetsorsak. Af 50 blinda, hvilka besökt Serafimerlasarettets ögonpoliklinik under åren 1891—94, voro 8 blinda i följd af yttre våld, hvilket träffat båda ögonen och 8 genom sympatisk oftalmi. Å blindinstitutet i Stockholm var sympatisk oftalmi under åren 1879—94 blindhetsorsak i 10,6 %. En blindhetsorsak af mycket stor betydelse i Norden liksom annorstädes är ophthalmia neonatorum. Vid blindinstitutet i Stockholm 24,6 %, Helsingfors 25,7 %, Kuopio 34,0 %. Köpenhamn 23 % och Norge 20 %.

Blindfrekvensen har i Norden under de senaste årtiondena anmärkningsvärdt aftagit. Orsaken härtill är sannolikt dels ögonläkekonstens egen utveckling, dels en lättare tillgänglig vård och behandling af de ögonsjuka, dels en genom den stigande välmågan framkallad minskning af en mängd hygieniska missförhållanden, hvilka åtfölja fattigdomen.



Texten åtföljes af en karta, hvilken utvisar antalet blinda å 10,000 inbyggare i Sverige, Norge och Finland länsvis.

Widmark.

G. AHLSTRÖM: **Fall af ensidig reflektorisk pupillörörlighet.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1894, s. 10.

Hos en 44-årig man med lues i anamnesen konstaterade förf. hos en patient, som klagade öfver något minskad synförmåga, att v. pupillen var  $2\frac{1}{2}$  mm. i diam. och reagerade normalt, h. pupillen mätte 4 mm., var något oregelbunden oval, reagerade ej för ljusinfall men väl vid akkomodation; papiller i temporala delen något bleka, dock ej tydligt atrofiska; synfälten något koncentriskt inskränkta. S. v.  $\frac{6}{8}$ , h.  $\frac{5}{5}$ . Dessutom konstaterades försvinnande af patellarreflexerna, och något osäker gång. Synen aftog därefter hastigt, och pat. var blind efter  $\frac{3}{4}$  år.

Förf. lemnar därefter en kritisk granskning af teorierna för förklarandet af symptomets uppkomst. SjälF uppställer han den hypotesen, att, under antagande att de ganglioceller, hvaraf sfinkterkärnen utgöres, icke alla hafva samma funktionela betydelse, utan en del stå i akkomodationens tjänst, en del åter mottaga intryck från corp. quadrigemina och från sfinkterkärnen å andra sidan, en partiel degeneration af sfinkterkärnen ligger till grund för symptomet.

Köster.

C. A. LJUNGGREN: **Om käksvulster med ursprung ifrån taudepitelgroddlisten.** Med 4 taflor och 16 autotypier. Nord. med. arkiv, årg. 1895, n:r 1, s. 1—67 och n:r 7, s. 1—29.

Referat skall lemnas på franska i ett af arkivets följande n:r.

G. KIÆR: **Hämatom (traumatisk Perikondrit) og akut primær perichondritis septi nasi.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 313.

Förf. omtalar först *Hämatomet*, som nästen altid skyldes et Traume. Han meddeler 13 Tilfælde, som ere blevne iagttagne på Dr. E. SCHMIEGELOWS Kliniker. Hämatomet kan enten gå over i Suppuration, hvad der er det almindeligste: der danner sig en Absces, som enten tönnes spontant eller ved Incision; eller der danner sig en Kyste, i det Indholdet antager en serös Karakter. — Den *primære akute perichondritis* optræder hos sunde Individuer uden ydre Årsager med akute febrilia, Smertes og Svulst af Næsen. Der meddeles et herhen hørende Tilfælde hos en 7 Års gammel Dreng, hvor der dannede sig en akut purulent perichondritis med Absces, som perforerede spontant.

En akut perichondritis septi nasi med seröst Indhold er meget sjælden. Han meddeler et tvivlsomt Tilfælde fra Polikliniken; men da der ikke gjordes Incision, er Diagnosen usikker.

Schmiegelow.

SCHIÖTZ: **Meddelelse fra Roskilde Amts Sygehus i Aaledning af 161 Tilfælde af Krup.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 561.

Af de 161 Kruptilfælde ere 108 (67,1 %) helbredede, 53 (32,9 %) døde. 108 ere opererede, heraf 58 helbredede. 50 døde. Mortalitetsspr.

46,3; 53 ere ikke opererede, heraf 50 helbredede, 3 døde (5,7 %). I 19 Tilfælde er der ikke påvist difteritiske Membraner (16 ikke opererede, 3 opererede): i de fleste af disse har det dog rimeligvis drejet sig om Difterit, da Søkende samtidigt havde Sygdommen. I de fleste Tilfælde skyldtes Døden descenderende Krup eller Intoxikation. I en 60 Tilfælde er der gjort tracheotomia sup., på de andre (fra de sidste År) er der gjort trach. inf. Dekanylementet foregik i Regelen på 6te Dag, hvad enten der var foretaget den ene eller den anden Operation.

*Kr. Poulsen.*

**ARCTANDER: 2 Tilfælde af Tandsæt i oesophagus.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 488.

I. 20-årig Mand, der den  $29\frac{1}{2}$  92 i Søvne slugte et Tandsæt; Respirationen var et Øjeblik hindret, blev derefter fri. En Sonde følte et hårdt Legeme ved cardia; ved disse Manipulationer gled det ned i Ventriklen og afgik per anum den  $2\frac{2}{3}$ ; det bestod af en Gummiplade på 4 Cm:s Bredde, 3 Cm:s Længde og havde 4 Fortänder og 2 Kindtänder.

II. 29-årig Kvinde slugte også sin Protese i Søvne den  $\frac{1}{3}$  94; den føltes bag larynx, men kunde ikke bringes op. Da den ved Forsøgene gled mere ned, bragtes den ned i Ventriklen ved Hjælp af en Detrusor og afgik med fæces den  $\frac{3}{3}$ . Den bestod af en Gummiplade på  $4\frac{1}{3}$  Cm:s Bredde,  $2\frac{2}{3}$  Cm:s Længde, og havde 4 Fortänder.

*Kr. Poulsen.*

**FOGH: Tandsæt i oesophagus.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 569.

En Jærnbaneemand, der stod med sit Signalthorn for Munden, fik et Stød på Hornet af en Ven; Tandsættet gled ned i Svælget; Forsøg med Møntfanger førte til, at det gled ned i Ventriklen. Det afgik 40 Timer senere per anum og bestod af en Metalplade med 2 Fortänder; Længden var  $4\frac{1}{2}$  Cm., Bredden  $1\frac{1}{2}$  Cm.; på Siderne fandtes 4 Kroge til at gribe om Nabotänderne.

*Kr. Poulsen.*

**JENS SCHOU: To Tilfælde af appendicitis. Laparotomi ved Exstirpation af proc. vermiformis. Helbredelse.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 553.

I. 12 Års Dreng. For 3 År siden typisk Anfald af perityphlitis, senere jævnlig Smerter i højre fossa iliaca og Obstruktion. For 14 Dage siden på ny Smerter efter at have løbet stærkt. I højre fossa iliaca føltes en lillefingertyk Streng, der var øm for Tryk; Temp. 38,2. Da man vilde operere i et roligt Stadium, holdtes Pat. i nogle Dage på Målkediæt og Opium. Den  $29\frac{1}{2}$  94 gjordes Laparotomi. Snit 2 Fingersbredder over og parallelt med lig. Poupartii; den frit liggende proc. vermif. svarede til den folte Streng; der gjordes cirkulær Gennemskæring af serosa og muscularis tæt ved Indmundingen i coecum, hvorefter Slimhinden ligeredes med Silke og afbrændtes, den sero-muskulære Manchet krængedes ud over mucosa og ombandtes med en Silkeligatur. Ingen Drånage. Lukning af Bugsåret. Proc. vermif. var 14 Cm.

lang. så tyk som et Blyant, serosa blank, uden Belægning, muscularis og mucosa fortykkede; på Indsiden af sidstnævnte fandtes 2 stjerneformede Cikatricer; appendix indeholdt en daddelkärnestor Koprolit, der til Nöd kunde knuses mellem Fingrene. Forløbet reaktionsløst; han kom op 21 Dage efter Operationen og udskreves 5 Dage senere. 10 Dage efter fik han en Trombose i venstre v. cruralis, der vel nær mest må opfattes som marantisk, — han er nu rask.

II. 33 årig Kvinde. Fik den  $\frac{2}{2}$  95 Smerter i højre fossa iliaca, lidt Diarré og Opkastning; ikke tidligere haft Symptomer på Blindtarmsbetændelse. Hun var öm på angivne Sted, hvor der föltes en Resistens, men ingen tydelig Udfyldning. Der institueredes en energisk Opiumsbehandling; men Smerterne tog til, der kom en pölseformet Udfyldning, Temp. steg til  $41,3^{\circ}$ , hun fik Kulderystelser og var meget medtagen. På Sygdommens 9de Dag gjordes Laparotomi med Skråsnit 2—3 Fingersbredder over og parallelt med lig. Poupartii. Da der formodes en Absces, arbejder man sig först forsigtigt extraperitonæalt op bag coecum; men da der ikke viste sig pus, åbnedes peritonæum; coecum fandtes udspilet, peritonæum på proc. vermif. glat og spejlende, ikke fortykket. Appendix fjärnes på lignende Måde som i foregående Tilfælde, Såret lukkes, efter at en Jodoformmèche er fört op bag coecum. Den exstirperede proc. vermiformis var 7 Cm. lang, tenformet, indeholdt 2 appelsinkärnstore Koproliter, så faste, at de ikke kunde knuses mellem Fingrene; muscularis og Slimhinden vare fortykkede, den sidste var stærkt injiceret og overfladisk ulcereret, gennemsaet med små friske Hämorragier; i lumen fandtes lidt Slim, ikke pus. I de 2 förste Dage holdt Temp. sig høj, og hun var dygtig medtagen, derefter blev Temp. normal. Hun obstiperedes i 14 Dage, fik da clysmå; Tamponen fjärnedes den 6te Dag efter Operationen, en mindre indlagdes; Tamponkanalen var helet den 21de Dag, den övrige Del af Såret var helet per primam. Hun kom op 28de Dag og befinder sig nu vel.

I förste Tilfælde drejer det sig om en appendicitis chron. catarrh.; de stjerneformede Cikatricer hidröre åbenbart fra hans tidligere tilstedeværende perityphlitis; hans Smerter skyldtes rimeligvis appendikulære Koliker, en ved foreerede Bevægelser fremkaldt Peristaltik, der ikke formåede at udtømme Indholdet af appendix. — I det andet Tilfælde opereres under et stadium acutum; mærkeligt var det kun at finde så lidt udtalte patol.-anatomiske Forandringer i proc. vermiformis, og dog kan der næppe være nogen Tvivl om, at det var appendix, der fremkaldte de stormende Tilfælde; de svandt temmelig hurtigt efter Operationen; man må tage sin Tilflugt til en supponeret lymphangitis og en Absorption af Toxiner for at forklare Symptomerne. Tilfældet viser, hvor vanskeligt det er at stille Diagnosen Absces eller ikke; det er utvivlsomt for vidt gået, når SAHLI hävder, at der altid er pus ved en perityphlitis. Spörgsmålet bliver da, om det havde været nödvendigt at operere vedkommende Patient, om Tilfældene ikke kunde have tabt sig ved medicinsk Behandling. Forf. benægter dette, i det en ret energisk medicinsk Behandling i 9 Dage kun havde bevirket, at

Patienten var bragt i en yderst medtagen Tilstand, så at man kunde befrygte det værste. Forf. synes at slutte sig til LENNANDERS Opfattelse, at man bør operere ved et stormende Forløb, særligt når Patientens habitus tyder på, at der er en alvorlig Infektion tilstede.

*Kr. Poulsen.*

A. LINDH: **Operationer för mera diffus peritonitis.** Göteborgs läkarsällskaps förh. 1894, s. 19.

Forf. anför 4 fall för att visa, att i allmänhet vid diffusa peritoniter inga halftva åtgärder böra vidtagas, utan att det är bäst att skrida till laparotomi dels för att upptäcka orsaken, dels för att grundligt renskölja bukhålan.

*Fall 1.* 64-årig kvinna, insänd för ileus och sannolik peritonit. Operationen visade volvulus af colon ascendens på grund af ovanligt långt mesocoeum jämte diffus peritonit, ingen perforation upptäckbar; efter öfvergående förbättring under 1 vecka afled pat., och vid sektionen anträffades å coecums framsida ett 2-örestort gangrenöst perforationssår och afkaplade abscesser kring coecum.

*Fall 2.* 51-årig man. Recidiverande perityfilit med ileussymptom, sannolik peritonit. Operation visade diffus peritonit, perforation af proc. vermiformis, som exstirperades. Frisk.

*Fall 3.* 22-årig man. Ileussymptom, sannolik perityfilit; vid operationen anträffades allmän peritonit, en större abscess mellan blåsa och rectum, som brast och tömdes ut i bukhålan; proc. vermiformis intimt fastlödd vid coecum genom variga adherenser och perforerad, innehållande en fekalsten. Frisk.

*Fall 4.* 27-årig man. Recidiverande perityfilit. Utbuktning i rectum, hvarför profpunktion genom recti vägg och utvidgning af öppningen, hvarvid mycket var uttrann; dränage. Förbättrad under den närmaste tiden, men småningom blefvo afföringarna lösa, och pat. afled under dysenterilikhnande colitis. Vid sektionen anträffades i bukhålan flere ansamlingar af var mellan de sammanlödda tarmarna och en difteritisk entero-kolit samt perforation af processus vermiformis.

Sist nämnda fall anför förf., emedan enligt hans åsikt i det samma en laparotomi hade gjort mera nytta än incisionen i bäckenabscessen genom rectum.

*Köster.*

E. TSCHERNING: **Phelps Metode for radikal Brokoperation.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 200.

Forf. giver en Beskrivelse af den af PHELP i N. Y. med. journ. 1894 II, Nr 10 angivne Operationsmetode, hvorved Broksækken trækkes ind i Abdominalkaviteten, hvor den lukker for Brokportens indre Munding; han har med Held anvendt Metoden i flere Tilfælde, dog er der endnu forløbet for kort Tid til, at man kan dømme om Metodens Betydning for Recidivdannelsen.

*Kr. Poulsen.*

FRIMANN KOREN og AUGUST KOREN Jr.: **Prostatahypertrofi med retentio urinæ, helbredet ved Kastration.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 23—27.

F. RAMM: **Kastration og Prostatahypertrofi.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 28—34.

Ad. 1. En 66-årig Mand led af retentio urinæ på Grund af Prostatahypertrofi. Blären indeholdt 1500 Gm. Der gjordes dobbelt-sidig Kastration og allerede efter 1 Uge kunde Formindskelse af prostata påvises og 14 Dage efter kunde Patienten urinere spontant i Stråle; Residualurinen var efter 1 Måned omtr. 100 Gm og efter 5 Måneder kun 15 Gm og prostata var da em  $2 \times 3$  mod tidligere om  $3-4 \times 5$ , ligesom dens promiens i rectum var så formindsket, at han, der tidligere måtte bruge Afføringsmidler, nu har daglig spontan Åbning.

Ad. 2. Forf. har udført (Januar 1895) Kastration for Prostatahypertrofi 5 Gange. Den ene Sygehistorie meddeles, da Patienten senere er undersøgt, 57-årig Fisker har 8 à 10 År haft Besvær af sin prostata; i Juli 1894 36 Timers Retention. Efter Kateterisering hjemme fik han Cystit og kastreredes, og efter  $1\frac{1}{2}$  Måneds Tid urinerede han spontant 4—7 Gange i Døgnet og Residualurinen var 30—60 Gm. 5 Måneder senere var der ingen Residualurin og prostata er en flad Masse.

Der meddeles en Del Erfaringer fra udenlandske Læger, ligesom nogle personlige Erfaringer om, at prostata atrofiere på den Side, hvor testis af en eller anden Grund er borttaget. Er Retentionen antagelig betinget i en ensidig Hypertrofi, er der Grund til først at forsøge ensidig Kastration.

*Kr. Brandt.*

THORKILD ROVSING: **Nyrens og ureters kirurgiske Sygdomme.** København 1895. 290 Sider.

Forfatterens Værk fremtræder som første Del af »Urinorganernes Kirurgi», hvis 2det Afsnit, der skal omhandle vesieas og uretras Sygdomme, han i nær Fremtid håber at få færdigt. I Indledningen beskrives de forskellige Undersøgelsesmetoder; derefter gennemgås Vandrenyren, de travmatiske Nyrelæsioner, nefrolithiasis, de suppurative Nyrebetændelser, Nyretuberkulosen, maligne og benigne Svulster, Hydronefrosen samt de forskellige Nyreoperationer. Overalt leveres et fuldstændigt Sygdomsbillede; med særligt Omhu dvæles ved Diagnosen og Behandlingen. Det samme gælder det lille Afsnit, der omhandler ureters Sygdomme. 27 smukke Afbildninger, af hvilke flere ere originale, ledsage Bogen, der er holdt i en klar og koncise Form.

*Kr. Poulsen.*

FR. HOWITZ: **Lidt Nyrekirurgi.** Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, Nr. 9.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, nr. 11.

A. LINDH: **Kronisk pyelit. Bindväfshyperplasi i njuren. Nefrektomi.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1894, s. 63.

Kort kasuistiskt meddelande, utmärkt dels däraf att en okomplicerad pyelit gifvit anledning till så svåra smärtor, att en nefrektomi blef nödvändig, dels äfven af njurförändringens beskaffenhet; hela mellersten tredjedelen, bredast mot hilus, var nämligen ärrlikt skrumpnad med fast adhererande kapsel. Loberingen af både det skrumpnade och det friska parenkymet tydlig; snittytan å det skrumpnade stället endast 1 em. i tjocklek, fast, bindväfslig med tydlig struktur. Njurbäckenet förtjockadt, slemhinnan visar talrika ekkymoser. Mikroskopiskt anträffades liflig cellinfiltration, riklig bindväfsbildning med atrofi och degenereration af körtelväfven. Orsaken till dessa förändringar är obekant.

*Köster.*

E. MÜLLER: **Nefrektomi ved Nyretuberkulose.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 473.

Følgende Tilfælde meddeles: 35-årig Maud, der i Barndommen har lidt af en Hostelidelse. I sidste 3 År haft Urintilfælde, af og til pus i Urinen; der har været febrilia, og hun er afmagret en Del. Tuberkelbaciller ere påviste i Urinen.

Ved Undersøgelsen den 15<sup>4</sup> 94 fandtes en elastisk tumor i højre Lumbalegn, nående ned mod spina ilei; i bægge epididymides og i prostata små Knuder. Stensonden påviser en irritabel Blære, ingen Sten. Der gøres Pyelotomi ved Snit under højre Kostalrand, hvorved udflyder 300 Gm tykt, klumpet pus; Drån indlægges. Temp. holder sig stadig høj, kun lidt Urin kommer ud af Fistlen; den før Operationen pus-holdige Urin bliver derimod klar, og Urinstofmængden er 20—25 Gm i Døgnet. Der gøres derfor den 16<sup>5</sup> Nefrektomi, i det Såret dilateres nedefter og Nyren udskrælles, Stilken underbindes med Silke og Såret dræneres. Godt Forløb; Pat. tog til i Kræfter og befinder sig  $\frac{1}{2}$  År efter Operationen vel; der holder sig en Fistelåbning, hidrørende fra, at en Silkesutur ikke har udskilt sig. Den exstirperede Nyre var i høj Grad tuberkuløst forandret, og i Vævet påvistes Tuberkelbaciller.

I Epikrisen giver Forf. en kort Oversigt over den tuberkuløse Nyses Symptomatologi, Diagnose og Behandling. Vigtig for det operative Indgrebs Berettigelse er Bestemmelsen af Urinstofmængden fra den formodede sunde Nyre. I hans Tilfælde var Operationsplanen given, idet det til Dels af vitale Grunde var nødvendigt så hurtigt som muligt at få Pats Pyelonefrose åbnet; det viste sig herved, at Urinen blev klar og indeholdt en passende Mængde Urinstof, hvorfor en Nefrektomi var i høj Grad indiceret, da Tilfældene ikke tabte sig. Det ses også af Sygehistorien, at en sådan større Operation kan være på sin Plads, selv om der er Tuberkulose andensteds, her således i epididymis og prostata; Kuudedannelsen på disse Steder har ikke ændret sig; trods dette befinder Pat. sig fuldstændig vel. Årsagen til, at Såret endnu ikke har villet lukke sig, beror efter Forf. på, at han lod Silkeligaturens Ender være lange, da han ikke troede, de vilde indhele, hvor så meget pus havde inficeret Omgivelserne; han vilde derfor have

let Adgang til at fjærne Ligaturerne, når de vare skårne igennem; den ene Tråd er fjærnet, en sidder endnu tilbage.

*Kr. Poulsen.*

TH. ROVSING: **Om Diagnosen og Behandlingen af Nyresten.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 545, 583.

Efter at have omtalt, at de typiske Symptomer på nephrolithiasis: Hämaturi og Nyrekolik ikke sjældent mangler, samt at de kunne findes, hvor der ikke er Tale om nogen Nyresten, anføres følgende Sygehistorier:

I. 29-årig Kvinde, har aldrig haft Hämaturi eller Nyrekolik, er i 3 År behandlet for kronisk nephritis. Hun havde stadig Smerter i højre Lændeegn og var her øm for Tryk; i den sterilt tagne Urin fandtes en Del røde Blodlegemer, enkelte hvide, en stor Mængde Urinsyrekrystaller, ingen Mikrober; der var lidt Äggehvide tilstede, ingen Cylindre. Ved Kateterisation af Uretererne med PAWLICKS Kateter viste det sig, at venstre Nyres Urin var normal, den højres derimod äggehvideholdig. Der göres derfor et Skråsnit parallelt med 12te costa, og i den frilagte højre Nyre palperes en calculus, som fjærnes efter Spaltning af Nyrevævet; Såret lukkes med Katgut, Hudsåret, der drænes, med fil de Florence. Reaktionsløs Heling. Helbredelse. Stenen var nrinsur, 2½ Cm. lang, 1½ Cm. bred. — I dette Tilfælde lagdes ved Diagnosen Vægten på den fixe Nyresmerte.

II. 28-årig Kvinde, har aldrig haft Hämaturi, derimod i 4 År kystitiske Symptomer med smertefuld Vandladning og uklar Urin; der var Smerter i højre Nyreegn, en enkelt Gang et tydelig Kolikanfald med Afgang af en mindre calculus. Kystoskopien viste Blæreslimhinden normal, af højre Nyre kommer plumret Urin, den var klar fra den venstre. Mikroskopien af Urinen viste Pusceller og Epitelceller. Urinstofmængden 26 Gm. Diagnosen stilles på Sten i højre Nyre, der incideres, en olivenstor Sten (Fosfatskal om urinsur Kærne) fjærnes. Sutur. Helbredelse. Urinen blev efterhånden helt klar.

Tilfældet viser Cystoskopiens store Betydning; man udelukkede herved en cystitis og erkendte en Pyonefrose, til hvilken efter al Sandsynlighed en calculus måtte være Årsagen, hvad Operationen også viste.

III. 50-årig Kvinde. I flere År Smerter i højre Side af Underlivet og pus i Urinen, aldrig Afgang af Grus eller Blod. Der föles i højre Side en hård, fast tumor, nående ned i fossa iliaca. Urinen stærk äggehvideholdig, med talrige Pusceller, ingen Blodreaktion. Ved Kystoskopien findes Blæreslimhinden normal, Urinen fra v. Nyre synes klar, den er purulent fra den højre. Ved Skråsnit frigöres den renale tumor, Punktur udtömmet stinkende pus, hvorefter Incision gennem et flæsket Væv; man kommer ind i en Samling pusfyldte Hulrum, hvori calculi rage ind; det lykkes ikke at fjærne disse, hvorfor man bestemmer sig til Nefrektomi; Lösningen lidt besværlig, ingen videre Blödning. Pat. döde kort efter Operationen af Kollaps, rimeligvis som



Følge af Narkosens (Kloroform-Åter) Indflydelse på Hjærtet. Sektion ikke tilladt; men ved Åbning af Såret fandtes ingen Blødning.

IV. 29-årig Mand. I 12 Års Alderen haft Ländesmerter; typiske Kolikanfald 16 År senere i højre Nyreegn med blodig Urin, der senere blev stærkt purulent, stinkende; han blev febril, og den forstørrede højre Nyre føltes under Kurvaturen. Ved Kystoskopien sås klar Urin fra venstre ureter, purulent fra højre. Den  $15/1$  94 gjordes Nefrolitotomi, hvorved fjärnedes en kolossal Sten (urinsur Kärne. Fosfatskal) af Vägt 148 Gm, der var 8 Cm. lang,  $5\frac{1}{2}$  bred og 5 tyk. Der lagdes Drän ind i Nyrekaviteten, og Pat. udskreves med Fistel. Da Urinen holdt sig purulent og han af og til havde Kulderystelser, foretoges d.  $20/4$  95 Nefrektomi, hvorefter Helbredelse.

V. 39-årig Kvinde, der aldrig har haft Nyrekolik, derimod siden Barndommen Afgang af Grus, af og til et lille Konkrement; Urinen i sidste År purulent. Hun er gravid i 8de Måned, og under Svangerskabet er Pyurien aflöst af en Hämaturi; den højre Nyre föles forstörret. Da Blödnigen antages at skyldes Tryk på ureter og Nyren af den gravide uterus, foretoges partus præmaturus ved Indläggelse af Bugi. Herefter ophörte Hämaturien, som aflöstes af en Pyuri. Kystoskopien viser klar Urin fra venstre Ureter, purulent fra højre. Urinstofmängden 24 Gm. Da Pyurien vedblev, Vandladningen var hyppig og hun i det hele blev dårligere, foretoges en Måned efter partus Nefrektomi, hvorved det viste sig, at Nyren var omdannet til et Konglomerat af Abseeskiteter, hvori fandtes store calculi. Efter Operationen blev Urinen klar; Bläresymptomerne, som må have väret reflektoriske, tabte sig. Fuldständig Helbredelse.

VI. 35-årig Mand. I mange År haft Anfald af Nyrekolik med Hämaturi, fixe Nyresmerter i venstre Nyreegn. Urinen blodholdig, giver ingen Växt ved Podning. Der foretages Nefrolitotomi, hvorved fjärues en Del större og mindre Sten af Vägt 110 Gm; Nyrevävet synes funktionsdygtigt, hvorfor den renale Incision lukkes med Katgut. Död pludseligt 15 Timer efter Operationen under Symptomer på Lungeemboli. Ingen Sektion.

Som man af Sygehistorierne vil se, mangle ofte de klassiske Symptomer på Nyresten; men der haves dog en Del Holdepunkter, hvorved man kan komme til Diagnosen. Vigtigt er Påvisningen af Arvelighed, af artritiska Tilfælde; ligeså den mikroskopiske og bakterioskopiske Undersögelse. Er Urinen helt normal, må man, när der er Kolika, adelukke calenli; ti sådaune ville, när de fremkalde Smerten, også bevirke, at der i alt Fald kommer noget Epitel i Urinen. Spontan opträdende Nyresuppurationer må lede Tanken hen mod Stendannelse. I en Del Tilfælde vil man altid väre vaklende, her kommer den explorative Incision i Betragtning.

När man diagnosticeret Nyresten, vil Behandlingen variere, alt efter som det drejer sig om suppurative eller om rene, ukomplieerede Tilfælde. Ved de förstnävnte er en Operation absolut indieeret, hvis Nyreterne da ikke ere så destruerede, at en Helbredelse slet ikke kan



väntes, — Urinstofundersøgelsen vil belære os derom. Stenen vedligeholder Suppurationen, og denne forøger atter Stenens Størrelse, så at en Fjernelse er absolut nødvendig. Vauskeligere stiller det sig ved de aseptiske Tilfælde; er Hæmaturien stærk eller Smerterne så voldsomme, at Livet er nudholdeligt, kan også her en Operation være indiceret; mindre let at afgøre er det, når der kun er en enkelt Hæmaturi, mindre Smerter, i det Pat. af og til kan leve længe med sin Nyresten; dog kan der hvert Øjeblik støde noget til, som kan forværre Prognosen (Suppuration, Anuri, Hydronefrose); Forf. er derfor også i disse Tilfælde tilbøjelig til at foreslå en Operation, når Urinstofundersøgelsen tyder på, at den ikke angrebne Nyre fungerer nogenlunde normalt. De sædvanlig anvendte alkaliske Vandte har han ingen Tillid til, i det Stenen efter hans Mening derved kun vil forøges i Størrelse ved Pålejring af fosfatiske Lag. Han tilråder derfor kun Nydelsen af kogt Vand, 6 Glas daglig; man hindrer derved måske, at Stenen ikke voxer; at få den formindsket er næppe mnligt.

De operative Indgreb, det vil dreje sig om, er 1) Pyelotomien, 2) Nefrolitotomien og 3) Nefrektomien. Den førstnævnte giver mindre Blødning, men tillader ikke altid at fjerne store Sten; Operationen efterlader desuden ofte en Fistel. Nefrolitotomien vil altid blive Hovedoperationen; ganske vist giver den af og til en større Blødning ved et stort Snit; men man kan provisorisk lukke for Karrene i hilus, enten ved Assistentens Fingre, bedre ved Tånger, og Forf. har konstrueret et lille Kompressorium med parallelle Brancher, hvorved han et Par Gange har kunnet operere blodløst. Om Nefrektomiens Berettigelse ere Forfatterne uenige; nogle mene, Nyren af og til må exstirperes for så hurtig som muligt at fjerne det skadelige focus, andre ere bange for Nefrektomien af Frygt for den anden Nyres Tilstand. Der må uden Tvivl individualiseres. Operationen er absolut indiceret, hvor alt Nyrevæv synes destrueret, og hvor Urinstofmængden berettiger os til at tro, at den anden Nyre er funktionsdygtig.

Under Diskussionen i Med. Selskab (Hospitals-Tid., R. 4, Bd 3, S. 620) angav HOWITZ en ny Måde for Nefropexi: Nyren fixeres ved fil de Florence til proc. transv. af en eller to Ländehvirvler, helst den 3dje. End videre meddeltes et Tilfælde af Hydronefrose hos en Dreng på 15 År. Efter en Punktur reproduceredes Svulsten hurtigt; Dagen før en påtænkt radikal Operation kvitteredes 3 ret store Stene; herefter svandt Svulsten, og den har ikke vist sig igen.

O. BLOCH mener, at det er umuligt at stille Diagnosen Nyresten efter Symptomerne og den kliniske Undersøgelse, i det Svulster, f. Ex. Sarkomer, kunne give lignende Symptomer. Kun når Nyren er frigjort, kan Diagnosen stilles. Prognosen kan ikke stilles efter Urinundersøgelsen, den syge Nyre kan give normal Urin.

Der refereres et Tilfælde, hvor Urinstofmængden var normal; det viste sig, at det var den exstirperede kankrøse Nyres resterende Parenkym, der secernerede den normale Urinstofmængde, i det der var pus i den Nyre, der var ladet tilbage, og som man formodede var sund. Han anbefaler ikke ROVSINGS Klemme ved Nefrektomi, i det Venerne

kunne kontunderes, hvorved der disponeres til Tromboser med disses Farer.

TSCHERNING vil fjærne en stor Pusnyre, når der er en stor Pussæk, ingen Sten og kun lidt Nyrevæv tilbage; er der derimod Sten, vil han bevare Nyren, når da Stenen kan fjærnes og Nyren ikke er helt destrueret. Han råder til at fjærne calculi ved Pyelotomi og frygter ikke for Fisteldannelse.

STUDSGAARD tvivlede også om, at man med så stor Sandsynlighed, som ROVSING havde angivet, kunde diagnosticere Nyresten; navnlig kunde man ikke stole på den anden Nyres Tilstand og Funktionsævne. Som Exempel på, hvor vildledende Symptomerne kunde være, anførtes følgende Tilfælde: En 50-årig Mand havde jævnlig lidt af højresidig Nyrekolik med Grusafgang; der kom Anuri og truende uræmiske Tilfælde; man antog, at en Sten havde kilet sig fast i højre ureter, og at den anden Nyre reflektorisk havde ophørt at secernere; man bestyrkedes i denne Opfattelse ved at finde den højre Nyre svullen; den venstre lod sig ikke palpere. Ved en Nefrotomi fjærnedes en Sten fra højre ureter; men den påfølgende Sektion viste, at højre ureter nedtil var fuldstændig impermeabel, og at Anurien skyldtes en i venstre ureter indkilet Sten.

*Kr. Poulsen.*

E. TSCHEMING: **Fremvisning.** Det københavnske medic. Selskabs Forhandl. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 470.

1) En inkrusteret Bugi, fjærnet ved sectio mediana. Pat., der havde en Striktur, havde selv  $\frac{1}{2}$  År i Forvejen indført Bugien (Nr 10 à 12); men den var gleden ind i Blæren og havde fremkaldt en Opblussen af hans cystitis. Urethra var impermeabel, derfor gjordes sectio mediana. Pat. kom sig.

2) En Samling Blæresten af Vægt 46 Gm, der vare dannede i Løbet af 1 År. i det de vare fjærnedes fra en Blære, på hvilken der Året forinden var gjort sectio alta for Prostatahypertrofi; der fandtes da kun en lille Sten, der fjærnedes.

3) Et exstirperet Aneurisme på art. ulnar i plica cubiti, opstået efter et Stiksår.

4) Forevisning af en Broksæk, hvor Inkarcerationen havde holdt sig efter en tilsyneladende vellykket taxis; det viste sig ved Operationen, at Repositionen var sket en bloc og præperitonæalt; Inkarcerationen havde siddet om Broksækkens Hals.

5) Et Tilfælde af dobbeltsidig »luxatio humeri congenita». Det kunde dog ikke bestemt afgøres, om Lidelsen virkelig var kongenit eller der forelå en Paralyse med sekundær Luxation. Pat. formåede trods Løsheden i Leddet at udføre en Syerskes Arbejde.

6) Et Kloroformpådrypningsapparat, hvorved en hurtig Påhældning nemliggjordes.

*Kr. Poulsen.*

ANDERS HANSSON: **Om excision vid spina bifida.** Nord. med. arkiv, årg. 1895, n:r 3, s. 1—49 och n:r 8, s. 1—95.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, årg. 1895, n:r 11.

J. KAARBERG: **Om Behandlingen af mastitis med Udtømmelse af mamma.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 573.

Forf. har i henvend en Snes Tilfælde forsøgt ved Strygninger fra Periferien hen mod Papillen at hindre begyndende Mastiter i at gå over i Abscesdannelse. Det har i Regelen drejet sig om triangulære Infiltrationer med Spidsen hen mod Papillen, hvor der i en Del Tilfælde fandtes en til Infiltrationen svarende Fissur, af og til fandtes en overfladisk lymphangitis; men i Regelen drejede det sig om en Svulst af Kirtelvävet, ud af hvilket der kunde trykkes purulent Mälk; pyogene Bakterier påvistes efter Desinfektion af Papillen; dog lykkedes det efter en tilsvarende Desinfektion [Vadskning af Papillen med Säbe, Alkohol og Äter, Sublimatvand (1—1000) og Borvand, som aftrykkes med sterilt Vat] at få Växt af samme Bakterier ved Podning fra sunde Papiller. Resultatet har väret godt: af 17 Tilfælde helbrededes de 13 efter få Dages Forløb (2—5 Gange Massage i Dögnet); har Infiltrationen väret nogle Dage, er Massagen i Regelen uden Betydning, i det man ikke undgår Abscesdannelsen. Et Par Gauge har Pat. fået forbigående Kulderystelse og Temperaturstigning; men i övrigt har Behandlingen ingen Fare medfört; den kan väre noget smertefuld, så at Kloroform kan blive nödvendig de förste Gange. Denne Udmäkningsmetode, som i lettere Tilfælde kan realiseres ved Hjälp af Udsugning af Papillen, har länge med Held väret anvendt af Veterinärerne; at lade Barnet besörge Udpatningen kan väre forbundet med Fare, i det man har set septiske Tilfælde opstå ved Nydelsen af den purulente Mälk.

*Kr. Poulsen.*

OSCAR BLOCH: **Bemärkninger om den "indgroede Negl" på Stortåen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 401.

Efter at have omtalt de i franske, engelske og tyske Läreböcker gängse Anskuelser om Lidelsens Patogenese, hvorved det ses, at Meningerne ere stærkt divergerende, hävder Forf., at som Regel kan hverken for snävert Fodtöj eller Neglens Form väre det egentlig afgörande for at fremkalde Uleerationen; mange Folk have ikke anvendt snävert Fodtöj, og Sygdommen kan jo opstå under et Sängeleje. Snart ses Lidelsen ved mere hävvede Negle, snart ved den flade Form; om Neglen klippes rund eller firkantet, spiller heller näppe så stor Rolle. Efter Forf. opstår der en solutio continui ved Negletoiletet, hvad enten det sker ved Sax eller Kniv, ved Patienten selv eller ved en andens Assistanee. Ved at undersöge 18 nöje observerede Tilfælde ses, at Lidelsen ikke själden sidder på den tibiale Side, — i Läreböckerne benägtes dette af og til. Det forstås let, när man erindrer sig, hvordan Neglen klippes ved Hjälp af Sax; den föres i Regelen med höjre Händ, og Saxens Spids vil da på höjre Fod lettest lädere den tibiale Side, medens den på venstre Fod vil afficere den fibulare Side; anvendes Kniv, vil Lä-

sionen snart sidde på den ene, snart på den anden Side. En slig sol. continui kan hele uden Men for Patienten; men den kan også inficeres ved de i rigelig Mængde tilstedeværende Infektionskim, og så have vi Ulcerationsprocessen og de om Neglen fremskydende Granulationsmasser. Ved Negletoiletet kan også fås en sol. continui, uden at denne er fremkaldt ved en direkte Läsion; nogle Individuer nøjes ikke alene med Klippingen, men fjærne også den Epitelhud, der ligger under Neglens forreste og Siderand, herved fjærnes en Slags Stödpude, og Neglen kan derved let blive trykket ned i Neglefalsen, hvorved en Läsion kan opstå, som så atter kan inficeres. Som profylacticum mod Lidelsen råder Forf. derfor til at undgå Läsioner med skarpe Instrumenter samt til at undlade Fjærnelsen af underliggende Epitelmasser. Opstår en sol. continui, må denne desinficeres med 3 % Karbolvand; er der Ulcerationsproces, må Neglen fjærnes og Såret udskræbes.

Under en Diskussion om Spørgsmålet i medic. Selskab udtalte Overkirurg TSCHERNING, at i mange Tilfælde skyldtes Lidelsen en Slags decubitus, fremkaldt af Neglen, en Infektion; nogle Gange har han set Symptomer på indgroet Negl, uden at der var nogen Vulneration; det drejede sig da om en clavuslignende Epidermisfortykkelse under Negleranden; fjærnedes Fortykkelsen, svandt Tilfældene. KR. POULSEN mente, at man ikke kunde udelukke for snævert Fodtøj som ätiologisk Moment; andre Gange kunne, som af BLOCH fremført, Instrumenter have fremkaldt Läsionen; men i en Del Tilfælde var der noget disponerende hos selve Individet, en Tilbøjlighed til Spaltning af Neglefalsen, til Dannelsen af Neglerödder, en Spaltning, som kan gå så dybt ved Guidninger, Tryk, at corium blottes, så at Infektionen lettere kan træde til. Overkirurg BLOCH mente, at Neglerödderne fremkaldtes ved Neglens Rensning.

*Kr. Poulsen.*

AAGE E. KLÆR: Om Kloroform og Äternarkose. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 505.

Forf., der har ledet en 400 Äternarkoser, anbefaler varmt Äteren fremfor Kloroformen, og han giver forskellige praktiske Vink med Hensyn til Administrationen.

*Kr. Poulsen.*

LEOPOLD MEYER: Om Kloroform og Äternarkose. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 543.

I sin Afhandling om ovenstående Ämne har AAGE KLÆR som Bevis for Kloroformens Farlighed anført et Tilfælde af FRÄNKEL, en puerpera, der narkotiseredes under Födselen, og som døde 22 Dage senere af Lungeemboli, og hvor Sektionen viste parenkymatöse Forandringer i Organerne. L. MEYER anser Tilfældet som betydningsløst for den foreliggende Sag; den behandlende Läge (SCHRADER) har også for nylig erklæret, at de parenkymatöse Forandringer snarest må sættes i Forbindelse med en smigende sepsis, måske fremkaldt ved Kutgutinfektion.

*Kr. Poulsen.*

P. PANUM: **Behandlingen af de almindeligst forekommende ortopædiske Lidelser.** København 1895. 174 Sider.

I Indledningen omtales Anlæggelsen af 1) Gibsbandagen, 2) Stivelsebandagen, 3) Guttaperkabandagen, 4) Filtbandagen, 5) Læderbandagen, 6) Tråspånbandagen og 7) Vandglasbandagen. Derefter skildres Behandlingen af torticollis, spondylitis, Skoliosen, Kyfosen, den medfødte Hofte-luxation, genu valgum, genu varum, pes valgus og pes varus.

Ved friske Tilfælde af torticollis kan af og til fås Helbredelse ved energisk Massagebehandling; denne fører i Regelen ikke til noget Resultat ved ældre Tilfælde; her må göres Tenotomi; Forf. foretrækker VOLKMANN'S åbne Gennemskæring; Efterbehandlingen er langvarig. Forf. har med Held anvendt LORENZ'S Overstråkningsapparat, der afbildes og beskrives.

I de friske Tilfælde af spondylitis tilrådes det horisontale Leje, bedst i PHELPS Sæng eller LORENZ'S Aklinationsleje; kan Pat. stå uden Smerter, anvendes Gibsjakken. »fast» i de ikke konsoliderede Tilfælde, aftagelig derimod, når Konsolidationen har fundet Sted. Da Gibsjakken ofte er skør og går itu, foretrækkes af og til fastere Bandager, af Spån eller Læder. Ved spondylitis cervicalis anvendes ikke SAYRES jury-mast., til Dels af kosmetiske Grunde; Forf. har angivet en Bandage (af nogle kaldet LORENZ'S Bandage), hvorved Hovedet holdes oppe og extenderes (se Beskrivelsen).

Efter omhyggelig at have omtalt Profylaxen ved Skoliosen, skildres Behandlingen af de forskellige Stadier: 1) hvor der ikke findes nogen Ribbensdeformitet, 2) hvor denne er til Stede, men hvor Skoliosen endnu kan udrettes, 3) hvor Skoliosen er konsolideret.

Måske kunne de lettere Tilfælde helbredes komplet; men det er sjældent; Behandlingen må gå ud på, at Deformiteten ikke forværres. Udelukkende såkaldet ortopædisk Gymnastik, f. Ex. den svenske, tror Forf. ikke er tilstrækkelig; han har ikke set varige Resultater herved, og han advarer energisk mod Henviisning til sådanne gymnastiske Instituter, hvor Lægen ikke nøjagtig følger den enkelte Patient under de forskellige Övelser. Han angiver sådanne, også forskellige Støtteapparater, som kunne anvendes udenfor de gymnastiske Övelser. Behandlingen varer længe, og for at opnå et Resultat må både Patientten og Lægen være i Besiddelse af en god Portion Tålmodighed. Vigtig er det för Behandlingen at have konstateret Skoliosens Grad, for senere at kunne kontrollere det opnåede Resultat; som ret bekvemt skildres BEELYS Måleapparat.

Kyfosens Behandling er Gymnastik, og lettere, friske Tilfælde kunne helbredes komplet.

Ved den medfødte Hofte-luxation fraråder Forf. Anvendelsen af den permanente, gennem År fortsatte Vægtextension, i det Barnets Ernæring lider og de opnåede Resultater ikke ere så glimrende. Han udtaler sig sympatetisk for HOFFAS Operation (mærkelig nok omtales ikke LORENZ'S Operation), som skildres; som palliative Midler komme KÖNIGS Operation, forskellige Bandager, høj Sål og lignende i Betragtning.

Ved genu valgum kan man i Reglen, i alt Fald inden det 18de År, nøjes med portative, redresserende Bandager; navnlig WOLFFS Etappeforbinding har givet gode Resultater; efter det 18de År tilrådes blodig Operation: MACEWENS eller SCHEDES; bægge skildres detaillert.

Ved pes valgus tilrådes Massage og forskellige Platfodsstøvler.

Særlig omhyggelig skildres Behandlingen af Klumpfoden, navnlig af den kongenite Klumpfod. Behandlingen må påbegyndes kort efter Barnets Fødsel med omhyggelige manuelle Udretninger, derefter Gibstøvler, til Foden er udrettet, så Natskiinner og et Par passende Støvler, når Barnet skal gå. Indledes Behandlingen tidligt, kunne Tenotomier i Regelen undværes; de må derimod foretages, når Barnet kommer senere under Behandling; på et ældre Barn må i Regelen gøres Skeletoperationer, og af disse foretrækker Forf. ubetinget PHELPS Operation, som han har udført 27 Gange. På Patienter over 15 År er Operationen ikke så effektiv; her gives bedre Resultat af WOLFFS Etappeforbinding. Ved gamle extreme Klumpfødder tilrådes Brngen af en passende Støvle.

Forf., der er Læge ved Samfundet for vanføre, har i sin Bog givet en kortfattet Vejledning for Behandlingen af ovennævnte Deformiteter og har navnlig dvælet ved den af ham selv anvendte Metode. Om Sygdommens Patogenese og Symptomer gives kun spredte Bemærkninger.

*Kr. Poulsen.*

**P. LORENTZEN: Nogle almindelige Bemærkninger om Konstruktion af Bandager.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 6, S. 300.

Der gives en Del gode Vink for almindelig praktiserende Læger om Bandagers Anvendelse ved ortopædiske Lidelser, om deres Anlægning og Konstruktion. Forf. gennemgår de forskellige Afsnit af Legemet; men den ret store Afhandling (42 Sider) egner sig ikke til et kort Referat.

*Kr. Poulsen.*

**CAMILLUS NYROPs Etablissement: Instrumentvæsen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 613.

Beskrivelse og Afbildning af 1) en Platinbrænder, hvor der ikke findes Platinsvamp, og hvis Glødning vedligeholdes ved Tilledning af Kulbrinte; 2) en af Korpslæge LEVY angiven Modifikation af SIEGLES Öretragt, som både er forsynet med Sugerør og Otoskop.

*Kr. Poulsen.*

**NYROPs Etablissement: Instrumentvæsen.** Ugeskrift for Læger, R. 5, Bd 2, S. 397.

Afbildning og Beskrivelse af følgende Instrumenter: 1) En Injektionssprøjte med Gummistempel (fuldstændig steriliserbar), konstrueret af WINDLER, 2) en Kokainspray efter ROSENBERG. 3) et antiseptisk Larynxspejl (Dr. HOFMANNs Model).

*Kr. Poulsen.*

**Psykiatri: D. E. JACOBSON: Om Tabes-Psykoser.**

D. E. JACOBSON: **Om Tabes-Psykoser.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 649.

Meddelelse af 8 Sygehistorier fra Kommunehospitalets 6te Afdeling. Af disse omhandler den første en 60-årig ugift Kvinde, som foruden sin tabes frembyder Billedet af en kvindelig dementia parietica med Undtagelse af, at den karakteristiske Taleforstyrrelse ganske mangler. Forf. opfatter Tilfældet nærmest som en ren tabetisk Demens. De to næste ere Mænd, hos hvem der under Forløbet af deres tabes udvikler sig et Sløvsind, som først senere viser sig at bero på en utvivlsom dementia parietica, der optræder sideordnet med Patientens tabes, om end senere i Rækkefølgen. De næste fire Tilfælde anføres som Exemppler på Udviklingen af melankolsk-hypokondre Vrangforestillinger eller Delirier hos Tabetikere dels med, dels uden dementia parietica. Og endelig meddeles i den sidste Sygehistorie et Tilfælde af Komplikation med en akut, hallucinatorisk Forvirring hos en Tabetiker, muligt beroende på Intoxikation fra en tilstedeværende cystitis.

*P. D. Koch.*

**Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: E. STANGENBERG:**

Om syfilitiska affektioner i näsan. — MAGNUS MÖLLER: Labyrinthsyfilis. — CARL OTTO: Et abortivt Tilfælde af polymyositis parenchymatosa acuta i Tilslutning til ulcus gangrenosum penis. — E. KAURIN: Spredte Bemærkninger om lepra. — C. A. BERGH: Kasuistik från länslasarettet i Gefle: Keratoma palmare et plantare hereditarium.

E. STANGENBERG: **Om syfilitiska affektioner i näsan.** Hygiea 1895, I, s. 465.

Förf. skildrar, enligt beskrifningar i litteraturen och på grund af 12 egna fall, de vanligaste formerna af syfilitiska affektioner i näsan. I alla de anförda fallen, öfver hvilka korta sjukhistorier meddelas, har sjukdomen befunnit sig i ett senare stadium och affektionerna haft karakteren af gummösa periostiter eller perikondritter. Af största intresse för diagnosen af nässyfilis äro de fall, där affektionen ännu ej ledt till nekroser eller karakteristiska slemhinneulcerationer. Vid dessa tidigt iakttagna fall lägger förf. största vikten för diagnosen på förekomst af mer eller mindre skarpt begränsade, vid sondering ömmande upphöjningar, öfver hvilka den i öfrigt oförändrade om än något rodnade slemhinna visar beägenhet för blödning vid beröring.

*Sederholm.*



MAGNUS MÖLLER: **Labyrintsyfilis.** Hygiea 1895, s. 337.

Af de 4 fall af labyrintsyfilis, som förf. iakttagit, har han noggrant kunnat följa 3 och hos dessa konstaterat fullt tydliga symptom af en labyrintaffektion, som hastigt uppträdde hos personer med känd syfilis, och som hos 2 af dessa tydligt påverkats, resp. hastigt botats genom en kraftig antisyfilitisk (blandad) behandling. I båda dessa fall befunno sig patienterna i det papulösa stadiet af syfilis. I det tredje af ofvan nämnda fall hade 7 år förflutit från infektionen, och patienten hade 3 år tidigare lidit af en endarteritisk process i art. fosse Sylvii (på motsatt sida mot labyrintaffektionen). Detta fall påverkades mindre af kraftig Hg- och jodkaliumbehandling samt pilokarpininjektioner. I det fjärde fallet uppträdde labyrintaffektionen  $\frac{1}{2}$  år efter infektionen, var dubbelsidig och tycktes i början föga påverkas af Hg- och pilokarpinbehandling men hade dock, då förf. 3 månader senare återsåg fallet, fullständigt försvunnit.

Förf. anför äfven ett fall af sannolik labyrintaffektion hos en sedan  $2\frac{1}{2}$  år syfilitisk person, där yrsel uppträdde utan andra symptom från hörselapparaten, hjärnan eller kranialnerverna, hvilken yrsel försvann under användning af Hg och jodkalium.

På grund af sin erfarenhet sätter ej förf. prognosen för labyrintsyfilis så dålig som de fleste andra, åtminstone i recenta fall, och anser sig ej kunna tillstyrka POLLITZERS behandling, att i recenta fall och som första kur» använda pilokarpininjektioner i stället för den vanliga specifikt antisyfilitiska behandlingen med kvicksilfver och jod.

*Sederholm.*

CARL OTTO: **Et abortivt Tilfælde af polymyositis parenchymatosa acuta i Tilslutning til ulcus gangrænosum penis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, s. 497.

Hos en Mand på 22 År, som i  $1\frac{1}{2}$  Måned havde haft en ulcus penis, udviklede der sig en phimosis og balano-postitis, for hvilken han indlagdes på Hospitalet. Her optrådte Dagen efter Indlæggelsen ganske akut en Affektion, som Forf. ikke mener kan tydes på anden Måde end som et Tilfælde af akut polymyositis. Under betydelig Temperaturstigning fik Pat. Smerter på forskellige Steder af Legemet, og der udviklede sig Svulst og Æmhed, først af hele højre Arm, hvor Huden omkring Albueu tillige er rødpletet; dernæst viste der sig Svulst i Egnen af højre quadrat. lumbor. og den nødvendige Side af v. femur, og endeligt i Dagens Løb også Svulst og Æmhed af v. antibrachium. Der var tillige noget Ædem af Hænderne med Stivhed og Ubevægelighed af Fingrene. I Løbet af et Par Dage svinder al Svulst og Æmhed, medens Feberen og de lokale Tilfælde på penis vedvare, indtil også disse Fænomener tabe sig efter en foretagen Phimosisoperation. Som Årsag til Lidelsen ligger det nær at tænke sig en Infektion fra Såret på penis, hvortil Analogier også forekomme ved de i Literaturen beskrevne Tilfælde af akut polymyositis.

*P. D. Koch.*



E. KAURIN: **Spredte Bemærkninger om lepra.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, s. 261—275.

I et tidligere Arbejde af 1889 omtalte Forf. Iagttagelser fra Island, hvor Spedalskheden skulde være i stærk Aftagen, tiltrods for, at al Isolation af de syge var ophævet og kun Ägteskabsindgåelse de spedalske forbudt; dette syntes at tale mod Smitsomheden, for Arvelighedsteorien. Men efter Dr. EHLERS nyeste Forskninger viser netop lepraen en stærk Tiltagen på Island, og Forholdene der taler altså netop for Smitsomheden af Sygdommen. I Norge, hvor man såvidt mulig isolerer de lepröse, er der en stadig Formindskelse af Spedalskheden.

De lepröse Eruptioner har sine Prädilektionssteder. Knuderne angreber især Ansigtet og Armenes Strækkeside; findes ikke ofte på stærkt hårbevoxede eller aldeles hårbare Lokalteter; Forf. har dog set Knuder i Håndfladerne og på glans.

Som bekendt har man to Hovedformer af lepra, den knudede og den glatte Form, der før ansåes for to forskellige Sygdomme, men hvis Identitet nu er bevist, såvel ved Overgangsformer som ved Fund af samme Bakterie i begge Former. Den knudede Form er i Regelen forbundet med mer eller mindre udviklet Anestesi, men mangler Bennekroserne, fulgt af Mutilation, der karakteriserer den glatte Form.

Efter længere Tids Varighed har begge Former Tendens til et intermitterende Forløb og antager de såkaldte afløbne eller forløbne Sygdomsformer. Ved den knudede Form forsvinder Knuderne, efterladende hvide Ar, og Patienten frembyder et glat Udseende, Anestesian bliver mere fremtrædende, men Hænder og Fødder får et mere normalt Udseende og Styrke. I den tilsvarende Periode af den glatte Form har man ndbrede Anestesier, Hud- og Muskelatrofier, fistulöse, åbne Sår i plantæ, Kontrakturer og Mutilationer af Hænder og Fødder; derfor er der stor Forskel på en (foreløbig) afløben knudet Form og en glat Form; man kan først tale om en sådan Overgang, når der tillige er indtruffet andre for den glatte Form karakteristiske Symptomer, især da de trofonevrotiske Symptomer; dette forekommer meget hyppig; sjældnere er en Overgang fra den glatte til den knudede Form. Forf. har aldrig set Tilfælde, hvor Sygdommen begynder med begge Former samtidig, således som det er beskrevet af LELOIR.

Man kan intet sige om, enten de afløbne Former er smitsomme eller ikke. Forf. har set nye Eruptioner efter 10—12 År, hvilket synes at vise, enten at Baeillerne fremdeles har været tilstede i Organismen, eller der er sket ny Smitte.

Hvad Behandlingen angår anbefaler Forf. salicylsurt Natron under Eruptionerne, og kirurgisk Behandling ved Öjen- og Benaffektionerne. Antallet af Helbredelser vilde være større, hvis Patienterne i Tide kom på Hospitalerne; man kommer nemlig langt med god Kost, Bade og en Medikation svarende til de forhændenværende Symptomer.

Forf:s bestemte Mening er, at lepraen udelukkende er smitsom og Arvelighed blot et predisponerende Moment.

I Norge kan man på Grund af Sygdommens Aftagen snart lukke to af de fem Leprosier (Reknæs ved Molde og Lungegaarden i Bergen).

Förf. slutter med at ndtale det Håb, at Rendyrkningen af Leprabacillen snart vil lykkes, derved vilde mange endnu dunkle Punkter ved denne Sygdom snart opklares.

C. A. BERGH: **Kasnistik från länslasarettet i Gefle: Keratoma palmare et plantare hereditarium.** Hygiea 1895, I, s. 565.

Förf. beskriver ett typiskt fall af denna sällsynta hudåkomma, som förefans hos en nu 20 år gammal arbetare, och som bestått sedan födelsen. En yngre broder lider af samma åkomma, föräldrar och 6 andra syskon friska.

*Sederholm.*

---

**Obstetrik och gynekologi:** H. VOGT: Kunstig förtidlig Födsel ved trangt Bækken. — G. EKEHORN: Fall af tubo-uterin graviditet. — B. VEDELER: Primär Sterilitet. — KNUD PONTOPPIDAN: Om et Par sjældnere Nervelidelser hos pærpera. — F. WESTERMARK: Om den sakrala metoden för exstirpation af en karcinomatös uterus. — C. A. BERGH: Cancer corporis uteri. Sakral uterosexstirpation. Död. — F. WESTERMARK: Ett fall af implantation af ureteren i blåsan. — F. WESTERMARK: Om vaginofixation af den retroflekerade uterus. — C. A. BERGH: Myofibroma uteri interstitiale. Retroperitoneal uterosexstirpation medelst laparotomi. Hälsa. — POUL KUHN: Om Underbinding af aa. uterinæ ved fibroma uteri (fra Prof. HOWITZS Klinik på Fredriksberg). — WILHELM SCHMIDT: Ett fall af cancer vaginæ cum prolapsu vaginæ et uteri et vesicæ urinariæ, behandladt med exstirpation af uterus och större dele af vagina — utgång: död. — A. V. THORÉN: Sju fall af ovariectomi för kystoma ovarii (5) och cysta ligamenti lati (2). — C. A. BERGH: Kystoma ovarii. Operation. Hälsa. — ANDERS HANSSON: Hymen imperforatus.

H. VOGT: **Kunstig förtidlig Födsel ved trangt Bækken.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 349—379.

Forf. meddeler Resultatet af 24 kunstig foretagne Födsler på Bergens Födselstiftelse. Operationen udförtes på 16 Individuer, hos 1 fem, hos 1 tre og hos 2 to Gauge; alle vare flerfödende. Födslernes Antal för Indkomsten på Födselstiftelsen var 59; af Operationer på disse udförtes 31; 41 Börn vare dödfödde (hvertil 1 Abort) eller 67,2 %.

De ved part. præm. artif. förlöste Börns Vægt vare:

1	vejede	4000	Gm,
1	»	3400	»
3	»	3200	»
2	»	3100	»
7	»	3000	»
2	»	2900	»
2	»	2800	»
4	»	2700	»
2	»	2500	»

8 vare dödfödde (hvoraf dog 3 döde fra 6 til 32 Timer efter Födselen) = 33,3 %. Födselen er indledet omtr. 4 Uger för den ventede Nedkomst.

Kun om en af Kvinderne kan det oplyses, at hun har lidt af Rakit. Forf. mener derfor, at de fleste af disse Bäckener hörer til de almindelig flade.

Conj. diag. fandtes 9,3—10,5 Cm. i 16 Tilfælde hos 8 Kvinder, 11 Cm. hos 4 og 12 hos 1. Hos de 16 förstnævnte med en conj. diag. ikke under 10,5 Cm. var de operative Indgreb 11 med 6 levende Börn, dödfödde vare 3, og 2 döde. Uden Kunsthjælp födde 5, deraf 4 levende. Af Operationer udförtes 15.

*Metoden* har været den sædvanlige; som Indledning varmt Bad ved Indkomsten, Afföringsmiddel, Vaginaldusch og Patning af Brysterne. Når Veer begynde at indfinde sig, indlægges Bougie; et Par Gange er anvendt Glyceriniudsprøjtning i uterus og Tamponade af Møderhalsen med Jodoformgaze. Efter Bougiens Indbringelse fuldendtes Fødselen til og med 2 Døgn hos 13, til 3 Døgn hos 6.

Forf. afslutter Afhandlingen med forskellige Citater og Bemærkninger om Betydningen af tidlig Vandafgang ved præmature artificielle Fødsler; karakteriserer »Blærestikket» som en betænkelig Metode. Nævner til Slutning P. MÖLLERS Metode: Nedpressning af Fosterets Hoved i Bækkenet som Middel til med Nøjagtighed at bestemme den rigtige Termin i Svangerskabet for Indledning af fortidlig Fødsel.

N. A. Quisling.

G. EKEHORN: **Fall af tubo-uterin graviditet.** Hygiea 1895, I, s. 376.

En 42-årig, gift kvinde blev gravid i juli 1885; i maj 1886 dog fostret, men förlossningsarbejde inståde sig icke. I augusti 1886 började fostret suppurera fram, hvarefter hon tillfrisknade. Omkring början af november 1891 blev hon åter gravid; den 18 augusti 1892 började förlossningsarbejde, som snart afstannade. Fostret dog oeh uttogs genom laparotomi den 26 augusti 1893. Patienten läktes fullständigt.

Westermark.

B. VEDELER: **Primär Sterilitet.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 380—403.

Ved primär Sterilitet forståes, at en gift Kvinde ikke har været gravid. I Forf:s Materiale har Patienterne stedse været gifte over 1 År. Af 310 havde 72 været gifte i 10 År og derover, for de øvrige 238 var Middeltallet for Giftermålsårene 3 År. Kun 50 af disse Kvinders Mænd har Forf. indirekte eller direkte haft Anledning til at undersøge. Af disse havde 38 sikkert haft Gonorrhé (måske flere); af disse Mænds Hustruer led 34 af følgende Sygdomme:

Perimetrit . . . . .	11
Ovario-Salpingit . . . . .	10
Metrit . . . . .	3
Cystit ved Metrit . . . . .	2
Vulvo-Vaginit . . . . .	8

34.

Hvis man nu fra disse 50 kendte Mænd kunde slutte til alle 810, skulde altså 235 af dem have haft Gonorrhé og 210 af dem have inficeret sine resp. Hustruer. Hos 198 primært sterile Kvinder fandt man de samme betændelsesagtige Sygdomme, som hos de Kvinder, hvis Mænd virkelig havde haft Gonorrhé. I så Fald skulde 64 % af de sterile Kvinder have Gonorrhé.

De abnorme Tilstande, som fandtes hos disse Kvinder, vare følgende:

1. *Betändelsesagtige Tilstande:*

66	Kvinder led af Perimetrit.
55	» » » Ovarie eller Salpingit.
42	» » » Metrit.
18	» » » Vulvo-Vaginit.
15	» » » Uretro-Cystit.
2	» » » Parametrit.

2. *Ikke-betändelsesagtige Tilstande:*

## a) Anatomiske Abnormiteter:

1)	Ingen sådanne . . . . .	27	Tilf.
2)	Atrophia uteri . . . . .	22	»
3)	Hymen persistens . . . . .	7	»
4)	Stenosis orif. uteri ext. . . . .	6	»
5)	Konisk portio . . . . .	3	»
6)	Defectus uteri v. vaginæ . . . . .	2	»
7)	d:o . . . . .	—	

Tils. 67 Tilf.

## b) Patol.-anatomiske Abnormiteter:

Uterinfibroid . . . . .	23	Tilf.
Ovarialcyste . . . . .	5	»
Uterinpolyp . . . . .	2	»
Vaginismus . . . . .	7	»
Hämatocoele . . . . .	4	»
Syphilis . . . . .	1	»
Kancer . . . . .	1	»

Tils. 45 Tilf.

Forf. mener at kunne slutte, at Grunden til Steriliteten  
i 70 % var hos Manden og  
i 30 % » Kvinden.

N. A. Quisling.

KNUD PONTOPPIDAN: Om et Par sjældnere Nerveidelser hos puerperæ. Hosp.-Tidende. R. 4, Bd 3, S. 625.

a) *En egen Art af traumatisk puerperal ischias med Peronæusparalyse.*

Hos en 36-årig gift, anden, Gang fødende optrådte umiddelbart efter Fødselen, som foretoges ved Tang under ufuldstændig Narkose, en Parese af højre Underextremitet, ledsaget af stærke, jagende Smerter ned ad Bagfladen af femur og Udsiden af crus. Der udviklede sig en komplet Peronæusparalyse med Degenerationsreaktion af musc. anterolateral. cruris, som helbrededes i Løbet af 2 til 3 Måneder.

Forf. antager, at Lidelsen er opstået som Følge af Travmet under Fødselen, og at Peronæuslamheden beror på en Tilbøjelighed hos de perifere Nevritter til at antage en større Intensitet i de Nervegrene,

som forsyne Extensorerne. En samtidigt tilstedeværende parametritis dextra anser han for uden Betydning for den her omtalte Lidelse.

b) *Puerperale Hemiplegier.*

En 22-årig, gift Kone fødte anden Gang d. 18/7 92. Ti Dage senere pludselig Bevidstløshed og komplet Paralyse af højre Arm og Ben samt nederste Facialisgebet. Der var tillige Afasi. Et Par Måneder senere vendte Bevægeligheden tilbage og Afasien svandt. Årsagen var sandsynligt en Emboli. I Epikrisen omtales flere lignende Tilfælde.

*P. D. Koch.*

F. WESTERMARK: **Om den sakrala metoden för exstirpation af en karcinomatös uterus.** Hygiea 1894, I, s. 48—85.

Efter en kort inledning redogöres mera fullständigt för operationsmetodens uppkomst och utveckling. Förf. har själf vid tiden för publikationen opererat 10 fall, hvilka sammanställas med de förut i literaturen förekommande mer eller mindre fullständigt beskrifna 94 fallen. På grund häraf blifva indikationerna följande:

Den sakrala metoden kan komma till användning: 1) då uterus är till en viss grad fixerad, men utsikt ännu förefinnes att kunna operera i frisk väfnad; 2) då vagina är för trång för den vaginala metoden såsom hos en del gamla virgines och andra kvinnor med senil atresi af vagina, eller tumören är för stor för att kunna föras ned genom en i och för sig själf vid vagina, men ännu icke för stor för att kunna exstirperas på den sakrala vägen; och 3) då en portiocancer utbredt sig på en större del af vagina.

För detaljer hänvisas till originalet.

*Westermark.*

C. A. BERGH: **Cancer corporis uteri. Sakral uternsexstirpation. Död.** Hygiea 1894, I, s. 422.

Patienten var 58 år, gift, multipara, mycket anemisk. Operation enligt HERZFELD. Död samma dag.

*Westermark.*

F. WESTERMARK: **Ett fall af implantation af ureteren i blåsan.** Hygiea 1895, I, s. 247.

Vid en långt framskriden kancer i uterus och vagina, som af ref. radikalt opererades medelst den sakrala metoden, befans nybildningen hafva öfvergått på blåsväggen och den vänstra ureteren, hvarför gjordes resektion af det degenererade partiet. Den centrala ureterstumpen insyddes i blåsdefekten. Fullständig läkning.

*Westermark.*

F. WESTERMARK: **Om vaginofixation af den retroflekerade uterus.** Hygiea 1894, I, s. 159.

I form af ett kort kliniskt föredrag redogöres för denna operations historia samt själfva metoderna. Förf. har relativt liten egen erfarenhet om denna operation, endast 4 egna fall, men har ansett att en kortare redogörelse kunde vara af intresse.

*Westermark.*

C. A. BERGH: **Myoöbroma uteri interstitiale. Retroperitoneal uterusexstirpation medelst laparotomi. Hälsa.** Hygiea 1895, 1, s. 564.

På en 74-årig patient utfördes den i titeln angifna operationen enligt CHROBAK. Myomet anges såsom mycket stort.

*Westermark.*

POUL KUHN: **Om Underbindning af aa. uterinæ ved fibroma uteri (frå Prof. Howitz's Klinik på Fredriksberg).** Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, Nr 14.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, Nr 19.

WILHELM SCHMIDT: **Ett fall af cancer vaginæ cum prolapsu vaginæ et uteri et vesicæ urinariæ, behandladt med exstirpation af uterens och större delen af vaginæ — utgång: död.** Hygiea 1895, 1, s. 555.

Patienten var 73 år gammal. Innehållet af sjukhistorien framgår af titeln. Den dödliga utgången anser förf. icke vara fullt klar, men antager på goda grunder såsom sannolikast en sekundär kloroformdöd.

*Westermark.*

A. V. THORÉN: **Sju fall af ovariotomi för kystoma ovarii (5) och cysta ligamenti lati (2).** Hygiea 1895, 1, s. 539.

Samtliga fallen gingo lyckligt. Förf. beskriver i korthet endast de två svåraste. I det första af dessa funnos utbredda adherenser till bukväggen, omentum majus och tunntarmarna, som voro svåra att lösa. I det senare fallet funnos starka adherenser till främre bukväggen, vid hvilkas lösning en stark blödning uppstod, hvilken var svår att stilla.

*Westermark.*

C. A. BERGH: **Kystoma ovarii. Operation. Hälsa.** Hygiea 1894, 1, s. 423.

Fallet är af stort intresse i det hänseendet, att patienten, som vid operationen var 48 år gammal, 14 år tidigare opererats för en enrummig papillär cysta å vänster sida. Redan vid denna operation hade en mindre svulst på höger sida iakttagits, men hade kvarlemnats på grund af de svåra sammanväxningar, som då förefunnos. Svulsten hade sedermera så småningom tillväxt, så att den vid operationen fylde den enormt utspända buken, som hängde ned till midten af låren. Kort före operationen hade en abscess spontant öppnat sig utåt, och sedermera hade en kommunikation med cystan uppstått med åtföljande feber, sönderdelning af cystinnehållet och nedsättning af allmäntillståndet. Vid operationen förefunnos svåra adherenser med bukväggen och en del tarmlyngor. Fallet gick lyckligt.

*Westermark.*

ANDERS HANSSON: **Hymen imperforatus.** Hygiea 1895, 1, s. 551.

Patienten var en 21-årig kvinna, som aldrig menstruerat och som visade alla såväl subjektiva som objektiva symptom af imperforerad hymen med retention af menstrualblödet. Vid operationen uttömdes 3,750 cem. tjärliknande vätska. Patienten tillfrisknade.

*Westermark.*

**Pediatrik:** P. SILFVERSKIÖLD: Akut lymfadenit hos barn (PFEIFFERS Drüsenfieber).

P. SILFVERSKIÖLD: Akut lymfadenit hos barn (Pfeiffers Drüsenfieber). Göteborgs läkaresällsk. förh. 1894, s. 66.

Öfversikt af ofvan nämnda sjukdom. Hos barn från 1—12 år uppstår plötsligt häftig feber, hufvudvärk, oro, i enstaka fall vilda delirier, smärtor i hela kroppen, aptitbrist, kväljningar och retsam krampartad hosta utan den för pertussis karakteristiska inspirationen; särskildt sist nämnda symptom har i förf:s fall varit framträdande. Inre organ normala vid undersökning, endast i enstaka fall lindrig rodnad å gombågar. Härtill kommer ibland snufva, obstipation, bukömhet, smärtor vid sväljning och vridning af hufvudet. Intet hudutslag, urinen normal (i 2 fall har förf. sett hematuri). Vid palpation af halsen anträffas hos alla dessa patienter massor af perlbandslikt anordnade, ansvalda och ömmande lymfkörtlar uteslutande bakre kanten af sternocleidomastoideus men äfven framför den, i nacken, i fossa supraclavicularis och i ett par fall i axillerna; mjälten i ett fåtal fall något förstorad, mesenterialkörtlar ej påvisbart förstorade. Lefvern ej förstorad. Febern har nått upp till 41°, och förloppet har varierat från 2—3 dygn till lika många veckor; prognosen god. Huruvida sjukdomen är, såsom några vilja, en sjukdom sui generis eller ej lemna förf. därhän.

*Köster.*

**Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:** H. V. ROSENDAHL: »Lärobok i farmakognosi». — H. V. ROSENDAHL: »Pharmakologische Untersuchungen über Aconitum septentrionale Kœlle». — MÅRTEN ELFSTRAND: «Studier öfver alkaloidernas lokalisering, företrädesvis inom familjen Loganiaceæ».

H. V. ROSENDAHL: "Lärobok i farmakognosi". Andra häftet: Rosaceæ—Umbelliferae. Upsala, W. Schultz' förlag, maj 1895, 128 s. 8.v. Med 78 träsnitt i texten.

Det andra af nämnda läroboksarbetes 4 häften har under sistlidna maj utkommit i bokhandeln. *C. G. Santesson.*

H. V. ROSENDAHL: "Pharmakologische Untersuchungen über Aconitum septentrionale Kœlle". Sonderabdruck aus Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat, herausgegeben von Prof. R. KOBERT, Bändchen XI, 1894. Stuttgart 1895, 119 s. 8.v. 1 kolorerad taffa och 5 träsnitt i texten.

Föreliggande arbete utgör väsentligen en öfversättning till tyska af förf:s förut (1893) på svenska utgifna gradualafhandling: »Farmako-



logiska undersökningar beträffande *Aconitum septentrionale* Kœlle». Några historiska tillägg hafva gjorts i afhandlingens början; den sid. 24—25 i svenska upplagan förekommande öfversikten af akonitumbaseruas kemi och verkningar är flyttad till arbetets slut samt utvidgad och fullständigad, hvarjämte en delvis kolorerad bild af *Aconit. septentrionale* samt af blomma och frukt, tillhörande södra Europas gulblommande *Aconit. Lycoctonum* WILLD., bifogats.

C. G. Santesson.

MÅRTEN ELFSTRAND: "Studier öfver alkaloidernas lokalisation, företrädesvis inom familjen Loganiaceæ". Akad. afhandl. Upsala universitets årsskrift, Upsala 1895, 126 s. 8:vr samt 2 taflor.

I ofvan nämnda afhandling redogör förf. för sina på TSCHIRCHS laboratorium i Bern utförda arbeten med att mikrokemiskt utreda lokalisationen af alkaloiderna i väfnader från strychnosarter och några andra växter. Till användning kommo härvid väsentligen dessa alkaloiders förnt bekanta färg- och fällningsreaktioner: stryknin påvisades bäst med MANDELINS reagens (vanadinsvafvelsyra, 1 % lösning af ammoniumvanadat i koncentrerad svafvelsyra), brucin lämpligen med (utspädd) rökande salpetersyra o. s. v. I räfkakor anträffades stryknin i yttre delen af fröhvitan, starkast intill dennas yttersta (*pallisadcell*-)lager, men ej i detta sist nämnda lager; alkaloiden fans både i cellinnehållet och i membranerna, mest i det förra. Brucin fans i största delen af räfkakans fröhvite (utom innerst, närmast den centrala kaviteten), särskildt rikligt i pallisadlagret. I stammen af en *strychnos nux vomica* mycket närstående form påvisades brucin i märgen, veden, kambium samt i bast- och kristallkammareller uti innerbarken; stryknin åter anträffades i kambium och vissa delar af barken, särskildt i de bastceller, som ligga nära intill stencellringen. I bladens epidermisceller fans i ringa mängd en alkaloid, antagligen brucin.

I *Strychnos brasiliensis* MART., hvari kurarin kunde väntas förekomma, anträffades ingen känd Loganiacé-alkaloid; hos *Str. suaveolens* GILG. från Vestafrika påvisades brucin i barken, i bladen en glykosid, möjligen ett förstadium till brucinet. Äfven undersöktes *Strychnos Blay-Hitam*, *Gelsemium sempervirens*, *Anthrocleista grandiflora* m. fl. Loganiaceer.

Slutligen har förf. påvisat koniinetns lokalisation hos *Conium maculatum*; denna alkaloid finnes i de flesta af fruktväggens celler, men icke i fröhvite eller embryo, vidare i kronbladen samt i örtbladen, åtminstone i dessas epidermis, ehuru uppenbarligen i mycket ringa mängd.

Förf. påpekar slutligen några egendomligheter hos de mikrokemiska reaktionerna, när de användas på växtväfnader, samt framhåller mikrokemiens betydelse för att sätta nytt lif i farmakognosien.

C. G. Santesson.

**Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:** HJ. DILLNER: Några rättskemiska studier. — E. NYLANDER: Ett rättsmedicinskt fall. — HENRIK STILHOFF: Et Tilfælde af mandlig Hermafroditisme (Kanssagen) med epikritiske Bemærkninger, navnlig angående Forholdet mellem Religiøsitet og Kønssdrift. — H. F. MÖLLER: En Indsigelse. — CHR. GEILL: Om et retsmedicinsk Institut. — RINGBERG: Jus practicandi. P. SÖRENSEN: D:o d:o. H. J. MÖLLER: D:o d:o. TÖRRILD: D:o d:o. — STILHOFF: Kursus for Embedslæger. DREYER: D:o d:o. — Medicinalreformen. — H. KAARBERG: Same, Nordens sidste Nomad. — H. A. NIELSEN: Om det gamle Roms Vandforsyning. — A. ULRIK: Om det gamle Roms Vandforsyning. — C. H. NERÉN: Biologi og medicin i kamp mot medeltiden. — EDV. EHLERS: Ignis sacer et Sæcti Antonii. — I. S. BERTHELSEN: Blade af Klampenborg Budeanstalts Historie. — Olaglig läkare- och apotekareverksamhet. — Läkare och kvacksalveriet. — H. P. ÖRUM: Om Tilgangen til Lægestanden. — J. LEHMANN: Sundhedsvedtægterne. — CURT WALLIS: Hälsovårdslära. — CURT WALLIS: Fysiologi och hälsovårdslära jämte en kort sjukvårdslära för flickskolorna och hemmen. — KLAS LINROTH: Berättelse till k. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1894 af Stockholms hälsovårdsnämnd. — HENRIK BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1894. — Årsberättelser från 1:ste provinsläkarkarde: ERNST BJÖRKMAN, Vestmanlands län; H. NORDESTRÖM, Östergötlands län; A. E. GOLDKUHL, Kronobergs län; PONTUS SÖDERBERG, Hallands län; J. E. BERGWALL, Gotteborgs län. — ERNST BOLIN: Om hälso- och sjukvården i Upsala stad 1894. — G. H. DOVERTIE: Om hälsotillståndet i Kristianstads folkskolor. — G. H. DOVERTIE: Våra folkskolelokalers beskaffenhet i hygieniskt hänseende. — LARS NILSSON: Om difterin i Skarups distrikt 1891—1894 jämte några ord om difterins inkubationstid och behandling. — THURE HELLSTRÖM: Difteristatistik från Stockholms epidemisjukhus för år 1894. — J. BERGQVIST: Om pertussis. — LORENTZEN: Febris rheumatica. Sygeligbedens Opträden og Udbredelse i København 1887—1891. — STURE CARLSSON: Några anteckningar om skarlakansfebern på Katarina sjukhus. — J. BERGQVIST: Om abdominaltyfus hos barn. — IVAR ANDERSSON: Ett kolerfall i Stockholms hamn sommaren 1894, jämte några ord om gällande föreskrifter till förekommande af kolerans införande och utbredning bland rikets innevånare. — J. BONDESEN: Den animale Vaccinations Udbredelse i Danmark, med Beretning om Virksomheden ved den kgl. Vaccinationsanstalt i 1894. — G. H. DOVERTIE: De smittosamma sjukdomarna och deras bekämpande. — NILS ENGLUND: Om smittosamma sjukdomar och åtgärder till förekommande af deras spridning. — CARL WALLER: Några af karantänssystemets fördelar och brister. — Underdånig berättelse angående medicinalstyrelsens verksamhet till förekommande af kolerans införande och utbredning i Sverige under år 1894. — C. E. WALLER: 1894 års slutrapport från Fejan.

HJ. DILLNER: Några rättskemiska studier. Gradualafhandling. 8:o v. 46 sidor. Stockholm 1895.

Afhandlar likdelars undersökning på fosfor, arsenik och metallgifter. Grundar sig hufvudsakligast på de iakttagelser förf. under arbetet som t. f. rättskemist varit i tillfälle att göra.

I. *Undersökningar på fosfor.*

Den ooxiderade fosforns påvisande i likdelar lyckas som bekant mera sällan, och därför har förf. ansett en kritisk redogörelse för den använda metoden vara på sin plats.

Undersökning på fosfor har förut vanligen börjats med destillation i mörkt rum enligt MITSCHERLICHs metod. Denna metod, som ger ett säkert resultat endast då utslaget blir positift, är opraktisk därigenom att fosforescensens franträdande hindras af en del saker såsom flyktiga ämnen, särskildt eter (hvilket som bekant förut skulle tillsättas likdelarna före deras insändande), vidare terpentin, alkohol, karbolsyra o. s. v. Dessutom är denna metod förenad med en hel del fysiska obehag för undersökaren. Då slutligen den tyckes kunna ersättas af andra, lika säkra undersökningsmetoder, anser förf. den samma nu mera obehöflig och värd att utbytas mot någon annan. Detta så mycket mera, som af 123 fall, vid hvilka förf. användt den, resultatet blifvit positift endast i 10.

I stället föreslår förf. att först destillera men ej i mörker och sedan upoxidera det erhållna destillatet och pröfva det på fosforsyra. Den metod, som hertill användts, och som i detalj beskrifves, är särdeles känslig; ger utslag för en fosformängd af 0,1—0,2 mgm på 250—300 gm likdelar.

En annan metod, som blifvit använd, är SCHERERS, hvilken grundar sig på silfversalters synnerliga känslighet som reagens på fosfor. Genom att, då så behöfves, kombinera båda dessa metoder anser förf., att fosfor kan påvisas vid alla tillfällen, då den i ooxideradt tillstånd förekommer i likdelarna. Orsaken till att undersökningen så sällan fört till positift resultat antages vara den, att ooxiderad fosfor ej i påvisbar mängd varit i likdelarna för handen. — I likhet med dr LINDBERGER uttalar förf. till slut den önskan, att vid misstänkt fosforförgiftning hela tarmkanalens innehåll insändes till undersökning.

II. *Undersökningar på arsenik.*

Förf. påpekar först, huru man ej kan helt och hållet utesluta möjligheten af att arsenik efter döden kunnat införas i liket, eller, vare sig tillfälligtvis eller rent af fysiologiskt, kunnat förekomma i kroppen under lifvet. Man kan därför ej genom påvisande af små mängder arsenik draga någon bestämd slutsats på arsenikförgiftning.

Efter omtalande af ORFILAS metoder för undersökning på arsenik redogör förf. noggrant för den af honom själf använda metoden.

Af särdeles stor vikt är, att vid arbetet rena reagenser användas, och att dessa alt emellanåt pröfvas.

Bland 106 fall, vid hvilka förf. gjort undersökning på arsenik, har i 30 arsenik i mera betydlig mängd påvisats, och i alla dessa har läkarens utlåtande lydt på arsenikförgiftning, i 45 däremot har resultatet varit negatift, och i resten eller 31 har endast spår påvisats. I 6 af de sist nämnda fallen har den obducerande läkarens utlåtande det oaktadt lydt på arsenikförgiftning. Om dessa utlåtanden yttrar förf., att han anser, att läkarne, i den händelse de grundat sina utlå-

tanden hufvudsakligast på de funna spåren arsenik, tillmätt dessa altför stor betydelse.

I dessa 31 fall, där arseniken förekommit i mindre mängd, söker förf. efter källan för den samma och uttalar som sin åsikt, att den måste af någon tillfällighet ha förefunnits i organismen, i synnerhet som de närmare omständigheterna vid dessa dödsfall ej i ett enda lemna några bevis för autagandet, att verkligen arsenikförgiftning förelagat. Då man nu för arsenikens påvisande använder en så känslig metod, att man genom den samma kan påvisa äfven de minsta mängder arsenik, har den åsikt framstälts, att man borde använda en mindre känslig metod och såsom sådan har förf. på sista tiden börjat använda BABO-FRESENI, vid hvilken man i stället för MARSCHSKA apparaten använder reduktion med soda och cyankalium i kolsyreström.

### III. *Fortsatt undersökning på metallgifter.*

Innehåller några praktiska vinkar angående påvisandet af bly, krom m. fl. metallgifter.

*C. O. Olin.*

E. NYLANDER: **Ett rättsmedicinskt fall.** Eira 1895, s. 331.

Förf. redogör för en rättsmedicinsk obduktion.

En 21-årig arbetare hade i ett slagsmål fått ett knifhugg i nacken, hvilket trängt genom vänstra delen af nackbenet in genom duran och v. nackloben samt in i v. sidokammarens bakre horn. Oaktadt detta och oaktadt obetydlig och högst dålig vård eguats såret, hade han dock lefvat 10 dygn efter skadan. Hade på 2:dra, 3:dje och 5:te dagen arbetat som vanligt med stenschaktning. På 8:de dagen hade han gått fram och tillbaka (0,3 mil) till fältskär. Gången hade därvid varit fubblig och vacklande, hvarjämte iakttagits, att han städse följt vänstra kanten af vägen, i det han förklarar, att han ej såg, om han gick på höger sida. I denna senare omständighet vill förf. finna ett nytt bevis för lokaliseringen af synsinnet kortikal centrum till occipitalloben.

*C. O. Olin.*

HENRIK STILHOFF: **Et Tilfælde af mandlig Hermafroditisme (Kana-sagen) med epikritiske Bemærkninger, navnlig angående Forholdet mellem Religiøsitet og Könsdrift.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 210.

Med en bekant Retssag som Udgangspunkt anstiller Forf. en Del Betragtninger over det omhandlede Æmne. (Retssagen angik en Plejemoder ved et Börnehjem, som havde indladt sig i kønsligt Forhold til en af Drengene og siden dræbte ham; under den påfølgende Retssag viste Plejemoderen sig at være en mandlig Hermafrodit; Sagen findes refereret i det kgl. Sundhedskollegiums Forhandl. for 1893, S. 134.)

*E. M. Hoff.*

H. F. MÖLLER: **En Indsigelse.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 243.

Forf. (Overretsprokurator) nedlægger Indsigelse mod en Udtalelse i ovennævnte Afhandling, at et andet Retssystem (Juryinstitutionen) sand-

synligvis vilde have ført til, at den for Mord tiltalte mandlige Hermafrodit var bleven erklæret for »ikke skyldig».

*E. M. Hoff.*

CHR. GEILL: **Om et retsmedicinsk Institut.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 577.

Forf. fremhæver Nødvendigheden af, at der samtidig med Indførelsen af en Fysikatexamen for Embedslæger oprettes et retsmedicinsk Institut, og anbefaler ved Opførelsen af et nyt Frederiks Hospital og de projekterede lægevidenskabelige Undervisningsanstalter at tage fornødent Hensyn hertil, i et hvert Fald ved at levne den nødvendige Plads til et retsmedicinsk Institut. Efter en kort Beskrivelse af Institutterne i Berlin og Wien pointerer Forf. særlig Ønskeligheden af, at Professoren i Retsmedicin og Lederen af det eventuelle Institut tillige er Retslæge i Københavns Retskreds, da det kun derved bliver muligt at erhverve fornødent Undervisningsmateriale, at Institutet knyttes nøje til et stort Hospital, og at der ligeledes tilvejebringes et nært Forhold mellem dette og de øvrige lægevidenskabelige Undervisningsanstalter.

*E. M. Hoff.*

RINGBERG: **Jus practicandi.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 291, 300, 373.

P. SÖRENSEN: » » S. St., R. 5, Bd 2, S. 256, 326, 348.

H. J. MÖLLER: » » S. St., R. 5, Bd 2, S. 280.

TÖRRILD: » » S. St., R. 5, Bd 2, S. 298.

Diskussion angående Midlerne til at råde Bod på de senere Års uforholdsmæssige Tilgang til det medicinske Studium og de deraf følgende Vanskeligheder for Kandidaterne ved at skaffe sig fornøden Hospitalsuddannelse.

*E. M. Hoff.*

STILHOFF: **Kursus for Embedslæger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 281 og 351.

DREYER: **Kursus for Embedslæger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 310.

Diskussion angående Betimeligheden af et fra Prof. C. J. SALOMONSENS Side fremkommet Forslag om som partielt Surrogat for den udeblivende Reform af Embedslægevæsenet og Embedslægerens Uddannelse at etablere frivillige Sommerkursus for Embedslæger i de til en eventuel Fysikatexamen hørende Discipliner.

*E. M. Hoff.*

**Medicinalreformen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 265.

Red. giver en kort Oversigt over de hidtil frugtesløse Bestræbelser, som i det sidste Femår ere gjorte fra Regeringens, Sundhedskollegiets og Lægestandens Side for at opnå en Reform af Embedslægevæsenet, i første Række en Omorganisation af den nu snart hundredårige Institution, som er Regeringens Rådgiver i Medicinalanliggender, Sundhedskollegiet.

*E. M. Hoff.*

H. KAARSBERG: **Same, Nordens sidste Nomade.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, s. 217, 243, 269.

Forf. giver til Dels efter egne Iagttagelser en kort Fremstilling af de nomadiserende Lappers Levevis og nosologiske Forhold. Han finder, at deres Antal aftager, ikke fordi de degenerere som Stamme, men fordi de efterhånden gå over i den bosatte Befolkning. De samme akute og kroniske Sygdomme, som angribe de omboende Folk, findes i det hele også hos Nomaderne; kun synes de at være immune lige over for Iues. Tuberkulose forekommer sjældent, Rakitis kendes ikke, hvorimod Puerperalfeber kræver mange Ofre. *S. Borch.*

H. A. NIELSEN: **Om det gamle Roms Vandforsyning.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, s. 337, 361, 385.

Väsentligst støttet til S. J. FRONTINI Skrift »De aquæ ductibus urbis Romæ» giver Forf. en Beskrivelse af Roms gamle Vandledninger og knytter dertil en Del Beregninger over, hvor stor en Vandmængde der gennem disse Ledninger tilførtes Byens Beboere, hvorved han kommer til et fra tidligere Forfattere væsentlig forskelligt Resultat (i Følge Forf. omtr. 700 Liter i Døgnet pr Beboer på FRONTINI Tid, omtr. År 100 e. Kr.). — Senere udsattes Aquædukterne for adskillig Molest og ved År 540 ødelagde VITIGÈ's under Roms Belejring samtlige Vandledninger. Under Paverne restaureredes enkelte af Vandledningerne. *E. M. Hoff.*

A. ULRİK: **Om det gamle Roms Vandforsyning.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, s. 421.

Kritiske Bemærkninger til enkelte Punkter i fornavnte Fremstilling. *E. M. Hoff.*

C. H. NERÈN: **Biologi och medicin i kamp mot medeltiden.** Eira 1895, sid. 363.

Sjukvården skall ej korrigera osundheten, utan är detta hälsovårdens sak. Särskildt måste folkets degeneration motarbetas.

*E. Almquist.*

EDV. EHLERS: **Ignis sacer et Saneti Antonii.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 6, s. 167, 257.

Efter i en Indledning at have henpeget på Epidemiens Afhængighed af Ergotisme giver Forf. i en udførlig Fremstilling en Udsigt over, hvad der om den rædselvækkende Sygdom meddeles hos Oldtidens og Middelalderens medicinske Forfattere, samt hos samme Tidsrums talrige Krønikeskrivere. I et såregent Afsnit gennemgår han de Oplysninger, der kunne hentes fra den gamle danske Literatur og særlig fra de gamle Lægebøger. Ergotismens Historie i den nyere Tid (fra det 16de Århundrede) behandles derefter udførligt, i det Forf. særlig dvæler ved de store Epidemier i Holsten i 2den Halvdel af forrige Århundrede ligesom også ved de spredte Epidemier i vort Århundrede, fornemmelig i Rusland. Endelig hævder Forf., at flere formentlig nye

Sygdomstyper, som ere blevne beskrevne i vor Tid, navnlig i dermatologiske Tidsskrifter, kun ere blevne opfattede som »nye» på Grund af Forfatternes mangelfulde Kendskab til Lægevidenskabens Historie, og at de i Virkeligheden henhøre under den gamle bekendte Ergotisme, der fremdeles endnu af og til optræder, om end kun sporadisk. Forf. udtaler således som sin Overbevisning, at Ergotismen er den ætiologiske factor for de fleste af de Sygdomstilfælde, der ere blevne beskrevne som Akrodyni, RAYNAUDS Sygdom og Erytromelalgi, hvilke Sygdomsbilleder han nærmere analyserer. Til Slutning giver han et kort Resumé af de Resultater, han mener at kunne drage af sine Undersøgelser, i det han stærkt betoner Farerne ved en langvarig terapeutisk Brug af Ergotin samt Nødvendigheden af en alvorlig Revision af Sekalespørgsmålet.

*Jul. Petersen.*

I. S. BERTHELSEN: **Blade af Klampenborg Badeanstalts Historie.** København 1895.

Et Skrift, udgivet i Anledning af Anstaltens 50 Års Jubilæum. Det dvæler særlig ved Anstaltens Tilblivelseshistorie og ved de Vanskeligheder og Hindringer, der stillede sig i Vejen for at nå det tilsigtede Mål som Vandkuranstalt.

*Jul. Petersen.*

**Olaglig läkare- och apotekareverksamhet.** Redaktionsartikel. Eira 1895, s. 154.

Med anledning af en i riksdagen väckt motion, angående nya bestämmelser för utövande af läkareverksamhet och handel med läkemedel, uttalar sig förf. mot s. k. patentmedicin och mot kvaeksalfveriet.

*C. O. Olin.*

**Läkarne och kvaeksalfveriet.** Redaktionsartikel. Eira 1895, s. 179.

*C. O. Olin.*

H. P. ÖRUM: **Om Tilgangen til Lägestanden.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, s. 433.

Forf. oplyser, at Tilgangen til Lägestanden i de sidste 6 År har været 346, Afgangen ved Dödsfald 136. I Anledning af den i Ugeskriftet stedfundne Diskussion om Midlerne til at råde Bod på Følgerne heraf og om muligt forhindre en så stærk Tilgang til Standen i Fremtiden bemærker Forf., at det er tvivlsomt, om en Forlængelse af Studietiden vil føre til Målet, at Forslaget om at skærpe Examen er mere tiltalende, men at det egentlige Korrektiv må søges i en Erkendelse hos Befolkningen af, at en Läge ikke fremtidig kan have et Udbytte af sin Virksomhed, som står i passende Forhold til de Ofre, der må bringes for at nå Målet.

*E. M. Hoff.*

J. LEHMANN: **Sundhedsvedtægterne.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, s. 295.

I Fortsættelse af en i 1893 leveret Opgørelse (Nord. med. Ark., Bd 25, Nr 22, S. 39) meddeler Forf. en Oversigt over det højst ulige



Omfang, hvori Landets Kommuner i de forskjellige Amter have benyttet sig af Adgangen til at regulere Sundhedsforholdene ved Vedtægter. Ved Udgangen af 1894 fandtes Sundhedsvedtægter i omtr. 49 % af Landkommunerne (mod omtr. 37 % ved Udgangen af 1892); men medens i enkelte Amter, som Prästö Amt og Frederiksborg Amt, næsten alle Kommuner (96—98 %) have Vedtægter, findes der i Jylland Amter, som Viborg og Ringköbing Amt, i hvilke kun 3—4 % af Landkommunerne have ordnet disse Forhold ved Vedtägt.

*E. M. Hoff.*

CURT WALLIS: **Hälsovårdslära.** Bibliotek för allmän bildning. 7. Stockholm, C. E. Fritzes hofbokh., 1894, 54 s. 8:v.

CURT WALLIS: **Fysiologi och hälsovårdslära jämte en kort sjukvårdslära för flickskolorna och hemmen.** Stockholm, C. E. Fritzes hofbokh., 1895, 298 s. 8:v.

Arbetet afser att vara en lärobok i hälsolära i flickskolorna.

*E. Almquist.*

KLAS LINROTH: **Berättelse till k. medicinalstyrelsen om allmänna hälsotillståndet i Stockholm under året 1894 af Stockholms hälsovårdsnämnd.** Stockholm 1895, 86 + 67 + 63 s. 4:t.

*E. Almquist.*

HENRIK BENCKERT: **Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1894.** Göteborg 1895. 52 s., 30 tab., 4:t.

Berättelsen är försedd med tvänne bihang: 1) utlåtande öfver vattenverket af W. MIGULA, samt 2) hydrografiska undersökningar i Göta elf af A. W. CRONANDER.

*E. Almquist.*

#### Årsberättelser från 1:ste provinsialläkarne:

ERNST BJÖRKMAN, Vestmanlands län.

H. NORDENSTRÖM, Östergötlands >

A. E. GOLDKUHL, Kronobergs >

PONTUS SÖDERBERG, Hallands >

J. E. BERGWALL, Gefleborgs >

*E. Almquist.*

ERNST BOLIN: **Om hälso- och sjukvården i Upsala stad 1894.** Upsala läkareför. förh., bd 30, s. 312.

*E. Almquist.*

G. H. DOVERTIE: **Om hälsotillståndet i Kristianstads folkskolor.** Hygiea 1895, s. 254.

Förf. undersökte under vårterminen 1892 och 1893 omkr. 1,000 folkskoleelever i Kristianstad, nämligen 485 gossar och 520 flickor. Barnen voro mellan 6 och 14 år. Dels utsändes frågeformulär till föräldrarna, dels undersöktes barnen fullständigt med afseende på hälsotillstånd, vägdes och mättes.



Af gossarna voro 39 % och af flickorna ej mindre än 55 % sjuka. Hos de förra är sjukligheten störst i 10:de och 11:te lefnadsåren, hos de senare i det 14:de, då 77 % voro sjuka. Den kroniska hufvudvärken är den vanligaste sjukdomen, därefter dålig matlust, näsblödnigar, skrofler, blodbrist o. s. v.

Angående utvecklingen i längd, vikt och bröstomfång jämte öfriga resultat hänvisas till uppsatsen, som innehåller 2 tabeller och 4 kurvtalor.

*E. Almquist.*

**G. H. DOVERTIE: Våra folkskolelokalers beskaffenhet i hygieniskt hänseende.** Hygiea 1895, s. 355.

Förf. har inspekterat 93 folkskolor i Elfsborgs och Blekinge län, de flesta å landsbygden. Han redogör för de hygieniska förhållandena angående tomten, skolrummens utrymme, uppvärmning, belysning, renhållning och skolbordens o. s. v. Vi få hoppas att dylika undersökningar, som först gjordes i Göteborg af KULLBERG, snart nog skola göras i alla orter. Utan tvifvel skola de i hög grad bidraga till de nu varande förhållandenas förbättring.

*E. Almquist.*

**LARS NILSSON: Om difterin i Skurups distrikt 1891—1894 jämte några ord om difterins inkubationstid och behandling.** Eira 1895, s. 2.

Från 1882 till 1890 var Skurups distrikt förskonadt från difteri. 1891 började enstaka fall, de följande båda åren gick den epidemiskt. Sammanlagdt iakttogos 1891 till 1894 473 fall med 87 dödsfall. För att bedöma inkubationstidens längd har samlats 15 fall. Inkubationstiden var enligt begagnad metod för dess bedömande aldrig öfver 2 dygn.

*E. Almquist.*

**THURE HELLSTRÖM: Difteristatistik från Stockholms epidemisjukhus för år 1894.** Svenska läkaresällsk. förh. 1895, s. 69 & Eira 1895, s. 149.

År 1894 inkommo å Stockholms epidemisjukhus 624 patienter, hvilkas sjukdom med bakteriologiens hjälp visades vara difteri; dödligheten bland dessa var 26 %. Under årets 4 kvartal var dödligheten i ordning: 38,5 %, 25,5 %, 23,7 %, 20,2 %. 477 af dessa patienter saknade symptom af krup, af dem dogo 17,19 %, men under årets 4 kvartal var dödligheten mycket olika: 32,8 % i första, 23,61 % i andra, 14,26 % i tredje och 5,82 % i fjärde kvartalet. Sänkningen under hela året är i ögonen fallande; antalet patienter var störst under fjärde kvartalet och därefter i det första. Förhållandet utgör ett gif akt, man får akta sig för förhastade slutsatser angående värkan af viss behandling, då sjukdomen af sig själf kan visa så olika dödlighet. Patienterna vårdades på samma sätt och utan BEHRINGS serum.

*E. Almquist.*

**J. BERGQVIST: Om pertussis.** Eira 1895, s. 167.

Denna sjukdom har ytterst sällan blifvit föremål för etiologiska studier. Förf. har studerat 3 epidemier, hvilka alla började plötsligt med 15 till 20 fall samtidigt. Inkubationsstadiet synes ligga mellan

3 och 12 dagar. I första stadiet var sjukdomen föga smittande, isolering af den sjuke hindrade uppkomsten af nya fall. I andra stadiet smittar den värst.

*E. Almqvist.*

**LORENTZEN: Febris rheumatica. Sygelighedens Opträden og Udbredelse i Köbenhavn 1887—1891.** Doktordisputats. Köbenhavn 1895.

Forf. har af Ugelisterne over de epidemiske Sygdomstilfælde i Köbenhavn samlet Meddelelserne om febris rheumatica i Femåret 1887—1891, i alt 5 136, af hvilke 254 udskydes som formentlige Dobbeltmålinger af samme Tilfælde.

Forf. kommer til det Resultat, at det største Antal Tilfælde forekommer i Aldersklassen 15—30 År og at Mänd angribes omtrent dubbelt så hyppigt som Kvinder. Sygdommen har et kykklisk Forløb med maximum i Januar—April, minimum Juli—September; den står ikke i noget konstant Forhold til de meteorologiske Fänomener; Sygdommen har väret ulige fordelt i Byen, uden at man dog kan konstatere noget Forhold til Grundvandshöjden, Jordbundens Beskaffenhet eller Befolkningsstäheten. Enkelte Ejendomme og Bygningskomplexer have afgivet et meget stort Antal Tilfælde, der hyppigt opträdte kort Tid efter hinanden eller samtidig, hvilket synes at tale for en infektionär Oprindelse. Beboerne af Kaldere og Stueetager vise ikke nogen påfaldende stor Sygelighet, hvilket taler mod Indflydelse af Grundvandshöjden. I den gamle Del af Byen har et förhållsvis större Antal Tilfælde af febris rheumatica vist sig end i de ny Kvarterer; i disse have derimod adskillige Husepidemier väret at notere.

Med Hensyn til Detaljer må hänvises til Afhandlingen.

*F. Levison.*

**STURE CARLSSON: Några anteckningar om skarlakansfebern på Katarina sjukhus.** Bihång till Stockholms hälsor. årsber. för 1894. 63 sidor. 8 kurvtaflor 4t.

Redogörelsen är gjord på grund af 4,000 fall, som vårdats å sjukhuset under åren 1880 till 1891. Den innehåller utom kliniska iakttagelser åtskilligt rörande sjukdomens förekomst och inkubationsstadium.

*E. Almqvist.*

**J. BERGQVIST: Om abdominaltyfus hos barn.** Eira 1895, s. 299.

Förf. har i sitt distrikt Tomelilla under 4 år iakttagit 535 fall af abdominaltyfus, 260 af dessa tillhörde en epidemi under senare hälften af 1891. Bland fallen voro 100 barn (18,7 %).

*E. Almqvist.*

**IVAR ANDERSSON: Ett kolerafall i Stockholms hamn sommaren 1894, jämte några ord om gällande föreskrifter till förekommande af kolerans införande och utbredning bland rikets inuevånare.** Hygiea 1895, s. 485.

Lärorika skildringar från de med kraft och framgång bedrifna arbetena för kolerans utestängande från hufvudstaden 1894.

*E. Almqvist.*

J. BONDESEN: **Den animale Vaccinations Udbredelse i Danmark, med Beretning om Virksomheden ved den kgl. Vaccinationsanstalt i 1894.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 437, 457, 481.

Vaccinationsanstalten var åben i 94 Dage. I alt vaccineredes 3 420 Børn, revaccineredes 1 576 Personer. Af humaniseret Vaccine udsendtes 135 Rør. af animal Vaccine 114 969 Portioner. (Af de 3 420 på Anstalten vaccinerede Børn indpodedes 462 med humaniseret, 2 958 med animal Lymf.) I alt podedes 93 Kalve, af hvilke 12 kaseredes, deraf 3 på Grund af Tuberkulose. Af de øvrige 81 høstedes 156 712 Portioner Vaccine (744 Gm Råstof). Den dyrkede Stamme er fremdeles den i 1891 fra Hamburg indforskrevne. Af den fra Anstalten udsendte Vaccine fordeltes 48 354 Portioner til 96 Distriktslæger, 43 170 Portioner til privat praktiserende Læger, Resten til Hären, Flåden, Färöerne og Bilandene, samt til de kommunale Vaccinationsanstalter i Köbenhavn. For den udsendte Vaccines Vedkommende har Anstalten modtaget Oplysning om 33 950 Vaccinationer, deraf 31 895 — omtr. 94 % — med positivt Resultat.

*E. M. Hoff.*

G. H. DOVERTIE: **De smittosamma sjukdomarna och deras bekämpande.** Af provinsialläkareföreningen prisbelönt skrift. Stockholm, Hälsovännens förlagsexpedition, 1895, 38 s. 8:v.

NILS ENGLUND: **Om smittosamma sjukdomar och åtgärder till förekommande af deras spridning.** Stockholm, P. A. Norstedt & söners förlag 1895, 93 s. 8:v.

Båda dessa arbeten äro nedskrifna för den stora allmänheten och i första rummet för kommunalnämnderna. De beskrifva de åtgärder, som äro att vidtaga vid fall af smittosam sjukdom, särskildt å landsbygden.

*E. Almquist.*

CARL WALLER: **Några af karantänssystemets fördelar och brister.** Svenska läkaresällsk. förh. 1895, s. 33 med fortsatt diskussion s. 49 och 65.

Framställningen med följande diskussion lemna goda hållpunkter för bedömande af vårt nuvarande karantänssystem.

*E. Almquist.*

**Underdånig berättelse angående medicinalstyrelsens verksamhet till förekommande af kolerans införande och utbredning i Sverge under år 1894.** Hygiea 1895, s. 277.

*E. Almquist.*

C. E. WALLER: **1894 års slutrapport från Fejan.** Hygiea 1895, s. 296.

Rapport till kgl. medicinalstyrelsen.

*E. Almquist.*

**Berættelser från sjukvårdsanstalter:** VILH. HEIBERG: Lägeberetning om Köbenhavns Amts Sygehus i Frederiksberg Sogn for Årene 1893 og 1894. — Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Børnehospital og de med samme forbundne offentlige Poliklinikker i 1894. — FR. E. KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1894. — V. ANDERSEN: Beretning om Århus Vandkuranstalt 1890—1894. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt for 1894.

VILH. HEIBERG: **Lägeberetning om Köbenhavns Amts Sygehus i Frederiksberg Sogn for Årene 1893 og 1894.** København 1895. 16 S.

Det nye Sygehus på Bergersvej blev for *Hovedbygningens* Vedkommende taget i Brug d. 1 Novbr. 1893. I Novbr. og Deebr. behandlede 172 Patienter med 1 580 Sygedage. I 1894 faadtes ved Årets Begyndelse 72 overliggende Patienter, indlagdes i Årets Løb 884, udskreves 788, døde 92, vare tilbage ved Årets Udgang 76. — 27 305 Sygedage. Største Belægning 95, mindste Belægning 64. — Af Operationer omtales bl. a. i 1893 3 Laparotomier, i 1894 3 Laparotomier, 6 Ovariomotomier, 6 Salpingo-ooforektomier, 2 Hysteropexier, 6 Herniotomier, 4 Trepanationer m. m.

Epidemibygningen åbnedes i November 1894. Der behandlede i November og December 115 Patienter med 1 427 Sygedage. 11 Traeketomier, alle med dødeligt Udfald. *E. M. Hoff.*

**Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Børnehospital og de med samme forbundne offentlige Poliklinikker i 1894.** København 1895.

I Årets Løb er der i alt behandlet 399 Børn i Hospitalet, i Poliklinik 3 775. I Poliklinik II er behandlet 1 061 Børn.

*G. G. Stage.*

FR. E. KLEE: **Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1894.**

I 1894 besøgte Anstalten af 303 Personer, hvoraf 227 Kurgæster, 145 boende på Anstalten, 87 udenfor. Samlede Antal Sygedage 7 629. — Ved Tilskud fra Statskassen og Raben-Levetzans Fond opretholdes en Del Fripladser (6 hele og 6 halve Fripladser; desuden fri Badebehandling for 10 Personer). *E. M. Hoff.*

V. ANDERSEN: **Beretning om Århus Vandkuranstalt 1890—1894.**

På Anstalten er siden dens Åbning i Slutningen af 1889 behandlet i alt 402 Patienter, nemlig i Løbet af de 5 År 70—73—91—88 og 80 om Året, deraf 145 i Sommersæsonerne, 257 i Vintersæsonerne, 212 fra Århus By, 190 fra det øvrige Land. Sådvanlige Former af Badebehandling. *E. M. Hoff.*

**FLOÏSTRUP: Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt for 1894.**  
Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 529.

De behandlede Patienter have væsentlig været lidende af Astma og Emfysem og have så godt som alle opnået Bedring, ofte endog i høj Grad, af deres Tilstand.

*F. Levison.*

**Militär hälsovård: J. H.: Nekrolog over Overläge C. D. HAHN.**  
— THESEN: En Difteriepidemi ved en Eskadron Underofficers elever i Kristiania. — J. BONDESEN: Endnu en Gang: De sanitäre Formationer på Kamppladsen. — H. C. VON HARTEN: En norsk Sygetransportkärre (med Afbildning).

**J. H.: Nekrolog over Overläge C. D. Hahn.**

Födt 1811, tog kirurgisk Examen 1837 og medicinsk Examen 1839, blev 1840 ansat som militär Läge, afskedigedes 1887 på Grund af sin fremrykkede Alder efter i 17 År at have været Generalkommandoläge i Århus og døde d. 16 Januar 1895. Han var en vel afholdt Kollega, i Besiddelse så vel af Takt og en naturlig bon-sens som af fortrinlige administrative Avner, hvilke han bl. a. lagde for Dagen som dirigerende Läge ved det store Avgustenburg-Lazaret under Krigen 1864.

*Joh. Möller.*

**THESEN: En Difteriepidemi ved en Eskadron Underofficers elever i Kristiania.** Militärlägen, Årg. 3, S. 91.

Beretning om en lille Kaserneepidemi, der ikke lod sig standse ved gentagne grundige Desinfektioner, men først bragtes til at ophøre, efter at man havde påbegyndt bakteriologiske Undersøgelser (ved Afviskning af Halsen med sterile Vattamponer og Udsåd i Serumglas) hos samtlige Mandskaber og derpå havde indlagt på Epidemilazaret alle dem, der — skönt tilsyneladende raske — viste sig at have Difteriaciller (i alt 17 af 80).

*Joh. Möller.*

**J. BONDESEN: Endnu en Gang: De sanitäre Formationer på Kamppladsen.** Militärlägen, Årg. 3, S. 124.

Nogle Bemærkninger i Anledning af VON HARTENS Afhandling: Systematisirung der ersten Hilfe auf dem Schlachtfelde o. s. v. (Ref. i Nord. med. Arkiv, 1895, N:r 18, S. 44).

*Joh. Möller.*

**H. C. VON HARTEN: En norsk Sygetransportkärre (med Afb.).** Militärlägen, Årg. 3, S. 119.

Denne Kärre, der er bestemt til at følge hver norsk Fodfolksbataljon, er tohjulet, forsynet med et Sejldugsruf og har foruden Kuskesædet, hvor der er Plads til én siddende foruden Kusken, endnu 2

*Nord. med. arkiv. Årg. 1895.*

Såder, hvert for 2 siddeude; men Kärren kan også benyttes til 2 liggende, i det Såderne kunne aftages, slås sammen og gemmes i Kärren, og i denne anbringes 2 af de almindelige Feltbærer, hvis Stånger på Grund af Vognkassens Korthed gå ud gennem Huller i Forsmækken og Slidsen i Bagsmækken. Kärren medfører bl. a. også 8 Bærer, hvis Bunde, Endestykker og Seler føres inde i Kärren, medens Stångerne ere anbragte uden på Faddingen, 8 på hver Side. Kärren køres i Almindelighed med én Hæst; men en Reservehæst kan let forspændes.

*Joh. Möller.*

## Comptes-rendus des traités

publiés au

Tome XXVII, N° 21 à 24.

N° 21.

C.-A. BLUME: Remarques sur le diagnostic et le traitement de la perforation de l'estomac et du duodenum.

I.

La première partie du traité contient 27 cas *non opérés* de perforation de l'estomac ou du duodenum, dont 20 cas mortels avec autopsie, 7 cas guéris.

*Des 20 cas avec autopsie*, 16 sont qualifiés d'aigus ou de subaigus (durée de un à dix jours), 4 de chroniques (durée de un à trois mois).

Dans les premiers, *le moment de la perforation* est, dans la règle, nettement marqué par une douleur soudaine; une cause occasionnelle (mouvement musculaire, distension de l'estomac) n'a été que rarement constatée. Dans 3 cas, la perforation eut lieu dans l'hôpital.

La *péritonite* apparut dans tous les cas: diffuse dès l'abord dans la majorité des cas, elle le devint, dans les cas chroniques, après avoir été longtemps circonscrite.

Le *pneumoperitoneum* fut tracé cinq fois à l'autopsie.

La *propagation de l'infection à travers le diaphragme* par les voies lymphatiques fut démontrée trois fois (pleurésie et péricardite diaphragmatique fibrineuse, abcès pulmonaires).

Une *hématémèse antérieure* n'a été démontrée que dans trois cas.

Le diagnostic, dans *les sept cas guéris*, est fondé sur: 1°, l'indication de douleurs aiguës et soudaines de la région stomacale chez des sujets avec antécédents dyspeptiques, et 2°, signes objectifs de péritonite.

Dans quatre cas, *la péritonite* resta limitée à la partie sus-ombilicale de l'abdomen à gauche de la ligne médiane; dans ces cas on peut soupçonner une perforation dans la région du cardia.

Dans un cas, la péritonite fut moins distinctement circonscrite, mais principalement localisée à la partie supérieure de l'abdomen. Dans deux cas, on la jugea diffuse.

Un *pneumoperitoneum* fut démontré dans un cas au deuxième jour après la perforation.

Une *infection à travers le diaphragme* s'effectua dans deux cas:

dans l'un des cas, des accidents pectoraux (vraisemblablement une pleurésie ou une péricardite diaphragmatique) apparurent au 17<sup>me</sup> jour; plus tard on trouva des signes d'une pleurésie costale sèche, d'une pneumonie atypique, d'un abcès pulmonaire et d'une endocardite;

dans l'autre cas des accidents pectoraux avec stéthoscopie négative apparurent au 3<sup>me</sup> jour; deux jours plus tard, on constata de nombreux râles humides dans le poumon droit.

Les accidents péritonéaux aigus et fébriles eurent dans la règle une durée de 4 semaines; des résidus palpables de l'inflammation se maintinrent plus longtemps. Dans aucun cas, on n'observa d'abcès intraabdominal.

### Traitement.

Le traitement comprit l'administration d'opiacés à grandes doses, hypodermiquement ou par la bouche, toutes les six heures pour commencer. Plus tard les doses furent diminuées et plus espacées. Simultanément on eut soin d'arranger le lit du malade de la façon la plus commode et de lui accorder un repos absolu.

*L'alimentation par la bouche* a été pratiquée presque au premier abord, mais en petite quantité: une pilule de glace ou une cuillerée à café de lait glacé toutes les 15 ou 30 minutes. La diète absolue ne fut appliquée qu'une seule fois, pendant un seul jour, après l'apparition d'un *pneumoperitoneum*. Les lavements nutritifs n'ont pas été employés.

Au moyen de ce traitement les vomissements restèrent très-restreints et le collapsus fut combattu avec succès.

Les cas ont été observés dans le service médical de l'hôpital communal de Copenhague du professeur F. TRIER, ancien médecin en chef.

## II.

Cette partie contient 17 cas opérés, extraits de la littérature. Ils sont rangés dans l'ordre topographique selon le siège de la perforation.

Groupe  $\alpha$ . *Perforations dans la région du pylore ou du duodenum*. Trois cas; un succès.

Vu la mobilité de la région pylorique, le traitement opératif de ces perforations (suture avec ou sans excision préalable) est d'un accès relativement facile.

Dans les trois groupes qui suivent, le traitement des perforations est rendu plus difficile par l'épaississement considérable du tissu en-



vironnant, qui est fragile, raide, et se déchire facilement par l'effet des sutures.

Groupe  $\beta$ . *Perforations de la paroi postérieure.* Un cas. Guérison.

Accès à la perforation à travers le ligament gastro-colique; l'estomac était tourné en haut. Sutures en étages, dont la dernière dans le tissu sain.

Groupe  $\gamma$ . *Perforations de la paroi antérieure.* 4 cas; 1 succès. Plusieurs procédés ont été essayés.

Dans un cas, l'estomac fut fixé à la paroi abdominale; l'ulcère à l'incision de la paroi abdominale. Le malade mourut 6 semaines plus tard d'abcès pulmonaires et de pleurésie purulente. A l'autopsie, l'état du péritoine satisfaisant.

Dans un deuxième cas, la perforation fut fermée par deux sutures à angle droit. Mort. Pas d'autopsie.

Dans un troisième cas, la perforation fut d'abord fermée par des sutures à travers toutes les couches de la paroi stomacale. L'induration fut ensuite refoulée en dedans et les surfaces péritonéales mises en contact par sept sutures à la Lembert. A l'autopsie, l'occlusion fut trouvée suffisante.

Dans un quatrième cas, on fit une excision partielle de l'induration, puis on fit dix sutures de fil de Florence à travers toutes les couches de la paroi stomacale. Un abcès s'évacua par l'intestin. Guérison.

Groupe  $\delta$ . *Perforations au voisinage du cardia.* Ces perforations sont souvent situées en haut derrière la paroi thoracique et semblent être toujours d'un accès difficile, cette partie de l'estomac n'admettant guère de dislocation. 9 cas, dont 3 guéris.

Dans six cas, on mit des sutures sans excision, dans la règle en étages; dans trois cas, les sutures se montrèrent insuffisantes.

Dans trois cas, l'occlusion directe fut abandonnée comme impraticable. Dans l'un d'eux, on effectua une grande résection de toute la partie indurée de l'estomac.

Dans deux cas, on exclut du terrain de la grande cavité péritonéale la perforation en même temps que la partie environnante de l'estomac; ce résultat fut obtenu par la fixation de la paroi stomacale à la paroi abdominale ou par la plicature de la paroi stomacale. La délimitation de la péritonite réussit dans les deux cas, dans l'un (MICHKAUX), ou obtint la guérison.

*Le traitement de la péritonite* est très-incertain.

Les Anglais pratiquent le lavage de toute la cavité péritonéale avec des liquides indifférents et chauds. Les Allemands recommandent l'essuiement sec de l'exsudat avec de la gaze stérile.

Le *drainage* de la cavité péritonéale fut pratiqué dans 9 cas, dont 3 guéris; dans l'un d'eux, le drain fut écarté le lendemain de l'opération, dans les deux autres, on se servit de mèches jodoformées. 7 cas, dont 3 guéris, furent traités sans drainage.

## III.

En terminant l'auteur pose les conclusions suivantes:

1. Parfois la perforation de l'estomac peut guérir sans intervention chirurgicale ou sans clôture chirurgicale de la perforation. Quelques opérateurs anglais (W. BENNETT, BARWELL) se sont contentés de l'incision de la paroi abdominale avec l'évacuation de l'exsudat et le drainage, en respectant les adhésions entre l'estomac perforé et les organes voisins. Ils ont obtenu la guérison par ce procédé. D'autres (comme MICHAUX) se sont contentés de la clôture indirecte de la perforation.

2. Un progrès essentiel serait réalisé, si l'intervention chirurgicale pouvait être terminée plus vite et rendue moins ample.

3. L'alimentation rationnelle des malades par la bouche doit commencer de bonne heure pour entraver les vomissements et le collapsus.

## Nº 22.

## JOHN BERG: Sur la chondrite costale.

S'appuyant sur 17 cas propres et sur 4 cas communiqués par MM. les Drs C. A. BERGH, G. EKEHORN et G. NAUMANN, M<sup>r</sup> le professeur JOHN BERG, de Stockholm, donne la description de l'étiologie, de la marche, des altérations macroscopiques, du pronostic et du traitement de la chondrite costale. M<sup>r</sup> BERG mentionne d'abord combien la littérature s'est peu occupée jusqu'ici de cette affection malgré sa fréquence relative et l'intérêt indéniable qu'elle présente. Il signale les mémoires de RIEDINGER, de HELFERICH et de DITTRICH. Comme causes *étiologiques* l'auteur indique la *tuberculose*, le *typhus*, la *syphilis*, et suivant toute probabilité d'autres *infections septiques* très diverses. L'exploration bactériologique n'a été faite que dans deux cas, car la grande majorité des malades avaient, à leur entrée à l'hôpital, depuis longtemps des fistules ouvertes. L'une des explorations donna une culture pure du *microbe du typhus*, l'autre du microbe commun du colon (*bact. coli commune*; voir l'annexe). — Des 7 cas avec *tuberculose*, 4 offraient des indices d'affections des poumons ou des plèvres, d'une date antérieure à celles de la chondrite, d'où M<sup>r</sup> BERG conclut à la probabilité d'une propagation directe assez fréquente du processus infectieux de la plèvre au périchondre. — Dans 7 cas, le *typhus* avait précédé l'irruption de la chondrite; dans l'un, il s'en présenta des signes déjà pendant le stade de la fièvre, dans les autres le plus fréquemment entre la 4<sup>me</sup> et la 6<sup>me</sup> semaine, dans deux ou trois plus tard encore. — M<sup>r</sup> BERG communique aussi un cas très instructif de *syphilis*, où une gomme suppurante profonde, avec fistule pénétrant vers le cartilage, chez un jeune homme tuberculeux sans autres signes de *syphilis*, donna naissance à un diagnostic

erroné et à la résection du cartilage d'une côte. L'examen anatomique pathologique (professeur KEY) fit constater la nature gommeuse de la préparation: le cartilage était sain, la paroi indurée de la gomme profonde pénétrait jusqu'au bord inférieur du cartilage, et avait provoqué l'épaississement du périchondre (voir la fig. 2). — Des infections d'autres espèces ont été dans 5 cas les causes probables de l'affection. Dans trois d'entre eux, l'auteur émet la probabilité d'une infection de pneumo-coccus, et y voit une nouvelle confirmation de l'opinion que la chondrite est assez souvent due à la propagation de l'infection du poumon et de la plèvre. Dans un cas, la chondrite s'est produite en combinaison avec une néphrite aiguë chez une femme auparavant saine. Dans un autre cas, il se présenta, sans qu'il fût possible d'en découvrir la cause, une chondrite suppurative chez un jeune homme sain, et à l'opération effectuée 4 semaines plus tard, l'examen du pus et des granulations de l'abcès submusculaire donna une culture pure du microbe commun du colon (*bact. coli comm.*)

M<sup>r</sup> BERG passe ensuite en revue l'image clinique de la chondrite et décrit les altérations macroscopiques du cartilage et des parties molles environnantes. La disposition du processus à s'étendre vers les cartilages voisins ressort du fait que des 21 cas, 8 offraient des altérations dans 2 à 4 cartilages. Les cartilages V à VIII étaient le plus souvent le siège de la maladie. Il se rencontrait plus fréquemment des affections multiples par suite du typhus que de la tuberculose. Les cartilages mêmes montraient soit des *processus destructifs limités*, soit des altérations largement étendues du tissu, tant au point de vue de la couleur qu'à celui de la consistance. Tantôt les premières se présentaient comme des altérations carieuses multiples *partant de la surface du cartilage* sous la forme d'érosions arrondies irrégulières de la surface du cartilage. La fig. I les fait voir dans leur période avancée, et la figure 4 à une période plus précoce. Tantôt aussi la destruction était simultanément ou exclusivement *centrale*, sous la forme de cavernes grandes et petites, fréquemment multiples, successivement confluentes. L'auteur considère, à en juger d'après son expérience, la destruction centrale comme plus commune dans la tuberculose, et celle partant de la surface comme plus commune dans le typhus. Les cas traités par M<sup>r</sup> BERG ne confirment ni la grande fréquence, signalée par DITTRICH et BERGMANN, de l'affection de l'articulation sternocostale, ni la prédilection, décrite par BAUER, de la chondrite typhéuse pour la limite entre la partie osseuse et la partie cartilagineuse de la côte. Dans 4 cas, le point des altérations carieuses n'est pas indiqué; dans 5, il se trouve près de l'extrémité sternale du cartilage, dans 5 au voisinage immédiat de l'extrémité costale, et dans 7 vers le milieu du cartilage. L'articulation sterno-costale n'a été reconnue attaquée que dans un cas de tuberculose primaire du sternum, qui avait passé secondairement à un cartilage. — A côté de ces altérations destructives évidentes, l'auteur signale aussi *les altérations variées et étendues* caractéristiques qui se produisent dans la couleur et la consistance du cartilage. — M<sup>r</sup> BERG décrit ensuite les erreurs *diagnostiques* les plus importantes auxquelles la chondrite costale peut donner lieu. — Quant

au *traitement*, il insiste sur la résistance prononcée que ces chondrites offrent à un traitement chirurgical sous la forme d'incision de l'abcès avec ou sans évidement du cartilage, ou même de résections partielles très étendues. Il trouve l'explication des nombreuses récurrences en premier lieu dans les foyers d'infections multiples si largement épars dans un cartilage qui du reste paraît sain. M<sup>r</sup> BERG tient pour probable, sans pouvoir en fournir des preuves certaines, que les altérations *diffuses* du cartilage proviennent aussi de l'infection, et contribuent à entretenir le processus partout où on laisse des cartilages ainsi altérés. Le fait que ces altérations doivent être considérées comme des troubles graves de nutrition, ressort entre autres de la circonstance, que dans les réopérations les restes des cartilages ainsi altérés qui n'ont été éloignés que partiellement, ont été trouvés entièrement nécrotiques, quoiqu'ils n'eussent pas été détachés de leur péri-chondre. M<sup>r</sup> BERG pense que la propagation de l'infection à d'autres cartilages s'effectue soit par le tissu cartilagineux même, — d'où proviennent si fréquemment des affections multiples dans les cartilages inférieurs adhérent les uns aux autres —, ou aussi par l'infiltration des parties molles.

M<sup>r</sup> BERG termine par l'exposé, dans les points suivants, des principes qui doivent, selon lui, servir de base à un traitement rationnel de la chondrite costale.

1. L'opération doit être *aussi précoce que possible*. Le soupçon de la présence de la syphilis indique néanmoins toujours un traitement antiluétique préalable.

2. L'évidement doit être remplacé par la *résection typique*.

3. *L'extension de la résection* doit être déterminée par les circonstances du cas spécial. L'âge de l'affection, la longueur du cartilage, l'extension de l'abcès, la nature de l'infection, sont à cet égard des points de vue importants. La tuberculose offre souvent des altérations plus limitées que le typhus etc. *Dans la grande majorité des cas, la résection totale*, du moins du premier cartilage attaqué, est toutefois à conseiller.

4. *Les altérations des parties molles* doivent si possible, comme fréquemment dans la tuberculose, être totalement éloignées. Dans les infiltrations ou dans les abcès d'une *autre origine*, il faut se contenter d'ordinaire de grandes incisions du tissu malade.

5. Quoique dans plusieurs cas la guérison primaire se soit présentée après *l'occlusion primaire complète de la plaie*, M<sup>r</sup> BERG avertit de se mettre en garde à ce sujet, par la raison que si, dans un cas pareil, la cicatrisation par première intention se restreint à la cicatrisation de la peau, les conditions doivent être particulièrement favorables à la propagation de l'infection aux cartilages les plus rapprochés.

La *suture secondaire* ou le *tamponnement* ouvert est dès lors sans doute le traitement consécutif le plus sûr contre les éventualités d'une récurrence.

Le mémoire de M<sup>r</sup> BERG est suivi de l'histoire détaillée de 18 cas.

N<sup>o</sup> 23.ALARIK LINDH: Statistique de la narcotisation dans les pays scandinaves, du 1<sup>er</sup> mars 1894 au 1<sup>er</sup> mars 1895.

(Extrait des Actes du congrès de la Société des chirurgiens scandinaves.)

Le premier congrès de la Société des chirurgiens scandinaves à Gothembourg, en 1893, indiqua la statistique des anesthésies comme l'un des objets des recherches communes de ses membres, recherches qui ont fourni les résultats indiqués ci-dessous.

Le nombre des narcoses rapportées s'est élevé à 15,052. dont 11,284 avec emploi de chloroforme, 1,279 avec emploi d'éther, 2,122 avec emploi mixte de chloroforme et d'éther, 362 avec éthyle bromique et 5 avec éthyle bromique et chloroforme.

Les diverses modifications de la narcotisation chloroformique ont été les suivantes:

Narcoses chloroformiques par gouttes;

		par grandes doses de chloroforme;
»	»	avec injections préalables de morphine;
»	»	sans
»	»	après administration de cocaïne par la bouche;
»	»	avec introduction préalable de cocaïne par les narines.

La consommation de chloroforme par minute en kcm a varié entre 0,31 et 1,13. Dans la narcotisation par gouttes, la quantité par minute paraît être dans la règle un peu plus petite que dans celle par doses plus grandes. La différence est toutefois insignifiante. En ce qui concerne les *symptômes morbides pendant et après la narcose*, il est signalé qu'il s'est présenté *pendant la narcose des vomissements* dans les proportions suivantes pour les différents narcoses.

Narcose	éthérique avec injection préalable de morphine et d'atropine . . . . .	25	%.
»	éthéro-chloroformique, avec injection de morphine . . . . .	18,1	»
»	chloroformique par grandes doses, sans injection de morphine . . . . .	16,8	»
»	chloroformique par grandes doses avec injection de morphine . . . . .	14,8	»
»	éthérique sans injection de morphine . . . . .	14	»
»	chloroformique avec introduction de cocaïne par les narines . . . . .	13,6	»
»	éthéro-chloroformique sans morphine . . . . .	13,5	»
»	bromo-éthylrique . . . . .	10,77	»
»	chloroformique par gouttes, sans morphine . . . . .	10,5	»

Les diverses proportions de l'*asphyxie* pendant les narcoses ont été les suivantes:



Narcose éthéro-chloroformique sans morphine . . . . .	0,51 %.
» chloroformique par grandes doses sans morphine . . .	0,39 »
» » par gouttes, sans morphine . . . . .	0,32 »
» éthérique, sans morphine . . . . .	0,15 »

*Cas de mort survenus après et comme suites de la narcose.* Il en a été mentionné 18 avec les annotations y relatives. La question de savoir si la narcose a été l'unique cause efficiente de ces cas léthaux est douteuse. Mais comme il est probable que, du moins dans la plupart des cas, elle a influé jusqu'à un certain point sur l'issue léthale, et les chirurgiens ayant indiqué eux-mêmes les cas de mort comme produits par les suites des narcoses, il y avait naturellement cause de prendre en ligne de compte les cas en question. Nous faisons observer à la même fois qu'un assez grand nombre de cas indiqués comme dus à la narcose n'ont pas été pris ici en ligne de compte, par la raison que l'issue léthale peut être expliquée par d'autres circonstances.

Les 18 cas léthaux annotés, ainsi qu'il a été dit plus haut, comme dus à la narcose, se répartissent de la manière suivante :

Narcose chloroformique par gouttes, avec morphine . . .	2 cas (2 %).
» éthéro-chloroformique, sans morphine . . . . .	4 » (0,25 »).
» chloroformique par grandes doses sans morphine . . .	2 » (0,18 »).
» éthérique, sans morphine . . . . .	2 » (0,15 »).
» chloroformique, par gouttes, sans morphine . . . . .	8 » (0,08 »).





## N° 24, 1.

KR. POULSEN: Rapport sur 331 cas d'hernie (127 non incarcérés, 204 incarcérés), traités par l'opération radicale. (Investigation collective des chirurgiens danois.) — Renseignements ultérieurs sur 159 cas opérés.

1. *Hernie inguinale non incarcérée.* Femmes: 16 cas. Une malade succomba à une embolie pulmonaire 12 jours après l'opération, dont les suites ne furent pas accompagnées de réaction. Sur 13 cas on possède des renseignements ultérieurs: 11 cas ont été exempts de récurrence, 2 ont récidivé. L'opération a été pratiquée par la ligature du sac herniaire, suivie du rapprochement des «crura» à l'aide de sutures plus ou moins profondes.

Hommes: 77 cas. 2 décès, probablement par suite d'accidents septiques. L'opération pratiquée: 1° par des sutures simples, faites sur les «crura» (69 cas, avec renseignements sur 31: 20 exempts de récurrence, 11 récidivés); 2° d'après la méthode de BASSINI (4 cas; 2, sur lesquels on a des renseignements, ont récidivé [grandes hernies datant de loin]); 3° d'après la méthode de MACEWEN (1 cas récidivant).

2. *H. crurale non incarcérée:* 34 cas, dont 8 hommes et 26 femmes. Aucun cas léthal. Opération: 1° par ligature simple du sac et par occlusion de la plaie cutanée, 2° par la suture directe de la porte herniaire. 26 cas ont été opérés sans suture; on possède des renseignements sur 11 d'entre eux, dont 10 ont été exempts de récurrence, et 1 a récidivé. De 8 opérations par suture de la porte herniaire, on sait que 5 sont restées exempts de récurrence.

3. *H. ing. externe incarcérée.* Femmes: 19 cas, aucun cas de mort. 17 opérées par la suture des «crura», dont 4 exemptes de récurrence et 1 récidivante; quant aux autres, les suites sont inconnues. 2 ont été opérées sans suture; toutes les deux exemptes de récurrence.

Hommes: 49 cas, 10 morts. Dans aucun des cas léthaux l'issue ne peut être attribuée à la méthode appliquée; la plupart ont succombé à la péritonite, dont l'origine avait précédé l'opération. Celle-ci a été pratiquée: 1° sans suture de la porte herniaire, 2° par des sutures plus ou moins profondes des «crura», 3° d'après la méthode de BASSINI. 18 opérations sans suture, dont on connaît les suites dans 11 cas: 6 exemptes de récurrence, 5 récidivants (grandes hernies chez des personnes âgées). 28 opérations avec suture; renseignements sur 18 cas, dont la moitié exemptes de récurrence, les autres récidivants. D'après la méthode de BASSINI 3 cas, dont 2, sur lesquels on a obtenu des renseignements, exemptes de récurrence.

4. *H. crurale incarcérée.* 132 malades, avec 12 cas de mort. 2 ont peut-être succombé à des accidents septiques originaires de la plaie, qui était complètement fermée; dans les autres cas l'issue léthale ne peut pas être attribuée à la méthode opératoire. 105 hernies ont été traitées sans suture de la porte herniaire; sur 44 d'entre elles, 29 ont été exemptes de récurrence, et 15 ont récidivé. 27 opérations

par suture de la porte herniaire; sur 12 d'entre elles, dont on connaît les suites ultérieures, 10 ont été exemptes de récurrence et 2 ont récidivé.

D'après la statistique qui précède, il est impossible de tirer des conclusions quant à la fréquence des récurrences après l'application des méthodes opératoires dont il s'est agi, et cela faute des renseignements nécessaires sur le sort ultérieur de nombre de malades. Cependant, on ne saurait contester que les méthodes en question, dont le plus grand nombre sont d'ancienne date, ne semblent pas avoir donné d'aussi bons résultats que ceux fournis par la statistique des méthodes opératoires modernes, comme par exemple celles de BASSINI et de KOCHER.

## N<sup>o</sup> 24, II.

M.-W. AF SCHULTÉN: Contribution de la Finlande à l'investigation collective de la Société des chirurgiens scandinaves sur l'opération radicale de l'hernie.

Nombre des cas d'hernie: 261, dont 230 non incarcérés et 30 incarcérés, tous traités par l'opération radicale à la clinique chirurgicale d'Helsingfors. Renseignements postérieures sur 149 cas.

### 1. *Hernie inguinale non incarcérée.*

a. *Hernie inguinale externe chez les hommes.* 161 cas, tous opérés d'après la méthode de BASSINI. 2 décès. Un homme de 65 ans mourut d'infection septique 10 semaines après l'opération. Un garçon de 15 ans opéré pour une hernie omentale adhérente, mourut 36 heures après l'opération dans des symptômes continus de collapsus. L'autopsie fit découvrir une synéchie totale du péricarde, l'atrophie du cœur et une bronchopneumonie commençante.

On possède des renseignements postérieurs sur 91 cas, dont 79 ont été exemptes de récurrence pendant 1 an et au delà, et 12 ont récidivé après 3, 5, 5, 7, 8, 8, 12, 14, 16, 17, 18 et 20 mois.

b. *Hernie inguinale interne chez les hommes.* 45 opérations pratiquées sur 30 malades, toutes d'après la méthode de BASSINI. Aucun décès. Renseignements postérieurs sur 30 cas, dont 23 sont exemptes de récurrence 9 mois après ou au delà, et dont 7 ont présenté des récurrences au bout de 2, 3, 4, 6, 8, 12 et 36 mois.

c. *Hernie inguinale chez des femmes.* 7 cas, tous opérés d'après les principes de BASSINI. Aucun décès. Renseignements postérieurs sur 5 cas, qui tous ont été exemptes de récurrence 12 mois et au delà.

2. *Hernie crurale non incarcérée.* 10 cas: 8 femmes, 1 homme opéré 2 fois. Pas de décès. Il existe des renseignements postérieurs sur 6 cas. 1 homme eut une récurrence 6 semaines après l'opération, fut opéré de nouveau, et n'a pas eu de récurrence depuis 17 mois. Les 4 autres cas exemptes de récurrence 17 mois après l'opération et au delà.

3. **Hernie ombilicale:** 2 cas. *Hernie épigastrique* 3 cas, et *hernie ventrale* (après laparotomie) 2 cas. Tous ces cas ont été opérés sans suite léthale et sans récurrence postérieure connue.

4. **Hernie inguinale externe incarcérée.** 22 cas, hommes, opérés (sauf dans 1 cas) par la méthode de BASSINI. 2 décès. Dans l'un des cas, la cause léthale a été la gangrène pulmonaire et dans le second, la gangrène de l'épiploon et la péritonite. Il existe des renseignements postérieurs sur 13 cas. Dans 2 cas, la récurrence survint au bout de 3 mois. Les 11 autres cas exempts de récurrence 11 mois après et au delà.

5. **Hernie inguinale interne incarcérée.** 1 cas (homme), opéré d'après la méthode de BASSINI. Récurrence au bout de 6 mois.

6. **Hernie crurale incarcérée.** 6 cas (femmes) opérés. Aucun décès. Il existe des renseignements postérieurs sur 2 cas, dont 1 de récurrence au bout de 7 mois, et 1 exempt de récurrence au bout de 17 mois.

7. **Hernie ombilicale incarcérée.** 2 cas opérés, dont 1 de récurrence au bout de 3 mois, et 1 sans renseignements postérieurs.

### N° 24, III.

J. BORELIUS: Communications sur 1148 cas d'hernie (897 non étranglées, 251 étranglées) traités par l'opération radicale. (Investigations collectives des chirurgiens suédois.) — Renseignements postérieurs sur les résultats dans 314 cas.

#### 1. **Hernie inguinale non incarcérée.**

*Hommes:* 613 cas; 8 décès. Causes de la mort: 1 cas, hémorragie après résection de l'épiploon; 1 cas, pneumonie lobaire; 1 cas, empoisonnement par sublimat et 1 par chloroforme; 3 cas, dégénération du coeur; 1 cas, emphysème et bronchite. Il existe des renseignements postérieurs sur les résultats dans 157 cas (127 sans récurrence, 30 récidivés), dont: après l'opération de BASSINI, 65 sans récurrence et 9 récidivés; après celle de CZERNY, 28 sans récurrence et 8 récidivés; après la suture irrégulière des crura, 28 sans récurrence et 12 récidivés; après l'opération de MACEWEN, 4 exempts de récurrence et 1 récidivé; après celle de KOCHER, 2 cas sans récurrence et 1 récidivé.

*Femmes:* 94 cas; aucun décès. Il existe des renseignements ultérieurs sur 23 cas, dont francs de récurrence 19 et récidivés 4.

#### 2. **Hernie crurale non incarcérée.**

151 cas; 2 décès. Causes de la mort: hémorragie subséquente intrapéritonéale, et hémorragie intramusculaire dans la paroi abdominale, avec infection septique. Il existe des renseignements postérieurs sur 40 cas (francs de récurrence 37, récidivés 3). De ces cas, 25 furent opérés avec suture sur l'anneau crural, sans récurrence, et 15 sans

établissement de suture spéciale sur l'anneau crural; de ces derniers, 12 restèrent francs de récurrence et 3 récidivèrent.

### 3. Hernie ombilicale non incarcérée.

16 cas; aucun décès. Renseignements postérieurs sur 6 cas, dont 5 francs de récurrence et 1 récidivé.

### 4. Hernie de la ligne blanche.

23 cas; aucun décès. Renseignements postérieurs sur 5 cas, dont 3 sans récurrence et 2 récidivés.

### 5. Hernie inguinale incarcérée.

*Hommes*: 84 cas; 9 décès. Renseignements postérieurs sur 33 cas (32 francs de récurrence, 1 récidivé). Opérations: Méthode de BASSINI, 7 sans récurrence; méthode de CZERNY, 6 sans récurrence, 1 récidivé; suture irrégulière des crura, 17 sans récurrence.

*Femmes*: 24 cas; 2 décès. Renseignements postérieurs dans 6 cas, dont 5 francs de récurrence et 1 récurrence.

### 6. Hernie crurale incarcérée.

135 cas; 16 décès. Renseignements postérieurs dans 42 cas, dont 32 francs de récurrence et 10 avec récurrence. De ces cas, 23 avaient été opérés par suture sur l'anneau crural (2 récurrences), et 19 sans l'emploi d'une suture pareille (8 récurrences).

### 7. Hernie ombilicale incarcérée.

8 cas; 2 décès. Renseignements postérieurs dans 2 cas, l'un et l'autre sans récurrence.



## Om Actinomycosis hominis och dess förekomst inom Södra Skåne.

Af

Lasarettsläkaren, D:r C. A. LJUNGGREN.

De sista 10 årens talrika arbeten öfver aktinomykosen hafva i hög grad bidragit till att utvidga vår kunskap om denna intressanta sjukdoms etiologi, klinik och terapi.

Af särskildt intresse synes mig därjämte vara, hursom genom dessa arbeten ådagalagts, att aktinomykosen, ifrån att hafva ansetts som en mera sällsynt sjukdom, snarare måste be-tecknas såsom en sjukdom med stor spridning, hvilken åtminstone inom vissa orter tämligen ofta förekommer.

Så finna vi aktinomykos-kasuistik icke blott ifrån nästan alla Europas länder utan äfven ifrån de utomeuropeiska länderna, såsom Nord-Amerika, Egypten, Australien, Brasilien m. fl., och då ISRAËL 1885 i sin berömda monografi öfver aktinomykosen ur hela literaturen endast kunde hopsamla 37 fall, så kunde SCHLANGE 1892 på tyska kirurgkongressen meddela 120 fall ensamt ifrån BERGMANN'S klinik i Berlin, och samma år har ILLICH <sup>1)</sup> ur literaturen jämte egna fall hopsamlat 421 fall.

Men den nuvarande aktinomykos-kasuistiken upplyser äfven om, huru olika denna sjukdoms spridning är på skilda orter. Under det att t. ex. talrika fall äro omtalade ifrån Brandenburg, ifrån Wien m. fl. ställen, så har PONCET, som den 22 januari innevarande år i Académie de Médecine i Paris redogjort för aktinomykosens förekomst i Frankrike, endast kunnat hopbrin-ga 18 fall, som där iakttagits. Visserligen får man väl instämma

<sup>1)</sup> Beitrag zur Klinik der Aktinomykose, Wien 1892.

med honom däruti, att sjukdomen ej inom Frankrike är så sällsynt, som dessa fall utvisa, men dock torde ej dess förekomst där vara så vanlig, som i flere andra land.

Ytterligare stöd för vår kännedom om denna sjukdoms olika utbredning på olika orter, ja äfven betingelserna därför, finna vi vid studiet af dess utbredning ibland djuren. Så hafva veterinärerna påvisat — och härvidlag står vetenskapen särskildt i tacksamhetsskuld till de båda danska veterinärerna JENSEN och BANG — att på vissa orter aktinomykosen har uppträdt ibland boskapen nästan endemiskt, ja man har äfven kunnat iakttaga, att endast de djur, som betat på en bestämd mark, eller fodrats med säd ifrån den samma, varit de, som angripits af sjukdomen, samt att denna mark varit ofullständigt dränerad, och att, sedan den blifvit torrlagd, djuren ej vidare infekterats.

Vidare kunna vi finna, att en betydande olikhet i sjukdomens frekvens inom olika länder gör sig gällande. Så synes mig ej utan intresse, att just i Frankrike, där sjukdomen hos människa är så sällsynt, dess utbredning äfven hos djuren är relativt ringa.

Från de skandinaviska länderna föreligga endast tämligen få meddelanden om sjukdomens förekomst inom de respektive länderna.

I Danmark, ett land, där aktinomykosen bland djuren synes hafva en stor utbredning, har endast ett ringa antal fall från människor offentliggjorts. Det första fallet meddelades 1887 af ROVSING. Sedan hafva enstaka fall meddelats af KAARSBERG och AMMENTORP; den senare har därjämte 1893 lemnat en redogörelse för 7 fall, iakttagna på Kommunehospitalet i Köpenhamn.

I Norge ha likaledes enstaka fall meddelats, det första af CONRADI 1887, sedan af HOLST, RAMM, LAACHE och senast af JERWELL, som ifrån sin egen praktik lemnat redogörelse för 4 fall.

I medio af förra året har BONSDORFF lemnat en intressant redogörelse för aktinomykosens utbredning i Finland, åtföljd af en öfversiktlig framställning af dess klinik. Det första fallet diagnosticerades 1890 af BONSDORFF själf. Han har lyckats hopsamla, jämte egna fall, tillsammans 20 observationer af aktinomykos ifrån olika delar af landet.

I Sverige var troligen prof. ODENIUS i Lund den förste, som mikroskopiskt iakttagit aktinomycessvampen. I början af år 1874, således innan aktinomycessjukdomen blifvit känd, fann

han i lefvern af en kalkon talrika, omkring hasselnötstora, omedelbart i parenkymet inlagrade, fasta, gråhvita hårdar, hvilka inneslöto en mängd rundade, mörkbruna korn af vallmofröns til senapskorns storlek, hvilka mikroskopiskt undersökta visade radiärt utstrålande, hyalint glänsande, tämligen stora, päronformiga, tätt liggande bildningar.

Dessa ansåg han vara orsak till svulstbildningen, men vågade sig ej på någon tolkning af deras natur. Sedan BOL-LINGERS, ISRAËLS och PONFICKS arbeten utkommit, erinrade han sig sitt föregående fynd och kunde då fullständigt identifiera de af honom funna bildningarna med den af dem beskrifna aktinomycessvampen. I Lunds fysiografiska sällskap förevisade han (1881) preparat häröfver, samtidigt hvarmed han demonstrerade några i patologiska institutets samlingar ifrån professor FLORMANS tid förvarade käkar från nötkreatur, hvars patologiska förändringar med största sannolikhet åstadkommits af aktinomycessvampen.

De första fallen af aktinomykos i Sverige hos människa omtalas år 1890: ett från Upsala kirurgiska klinik, observeradt af prof. LENNANDER, ett från Serafimerlasarettet i Stockholm, diagnostiseradt af prof. BERG. Sedan hafva iakttagelserna ökats. På sista allmänna svenska läkaremötet, september innevarande år, lemnade doktor GEORG HELLSTRÖM en resumé öfver de från landets sjukhus inrapporterade fallen. Efter de 2 nämnda fallen för 1890 följde 8 fall 1891, 16 fall 1892, 25 fall 1893, 33 fall 1894, summa 84 fall. De flesta af dessa fall, nämligen 26, häröra från sjukhus i Stockholm. Sedan kommer Upsala län med 12, Vesternorrlands län med 10, Kopparbergs län med 10, Malmöhus län med 8, Jönköpings län med 4 o. s. v. Från flere län förefans intet fall inrapporteradt.

Endast några få närmare redogörelser för de i Sverige förekommande fallen ha meddelats. Så har prof. ROSSANDER i årsberättelsen för Serafimerlasarettet lemnat en kort beskrifning af de 10 fall, som förekommit under åren 1890—1892. Doktor SÖDERBAUM har i Upsala läkareförenings förhandl. likaledes lemnat en kort redogörelse för 4 af honom iakttagna fall, samt dr EKEHORN dels i samma tidskrift, dels i Hygiea redogjort för ett par fall af aktinomycosis perityphlitica, samt dr KÖSTER i Göteborgs läkareförenings förhandlingar lemnat redogörelse för ett fall af lungaktinomykos.

Hvad beträffar sjukdomens utbredning ibland boskapen, så gaf professor WENNERHOLM på läkaremötet en öfversiktlig framställning häraf, af hvilken framgår, att sjukdomen synes vara mycket allmän, särskildt inom vissa län. Under år 1890, 1891, 1892 inrapporterades till med. styrelsen af veterinärer 3,560 fall af denna sjukdom. Den största frekvensen hade Stockholms län med 1,051 fall, Södermanland med 681, Upsala med 514, Östergötland med 405 och Malmöhus län med 158. Dessa fall motsvara naturligtvis icke verkliga frekvensen, ty en hel del fall komma ej till veterinärernas behandling och blifva ej inrapporterade, såsom författaren äfven riktigt anmärker.

Såsom ett litet bidrag till ökad kännedom om denna sjukdoms utbredning inom vårt land har jag ansett mig böra göra reda för de fall, jag iakttagit inom mitt lasarettsdistriktets område under de senaste 2 åren. Jag har jämväl sökt göra mig underrättad om förekomsten inom öfriga delar af provinsen af denna sjukdom, hvilken, egendomligt nog, förut endast funnits inom det angränsande lasarettsdistriktet på Skånes sydkust, Ystad, där en hel del fall iakttagits af lasarettsläkaren d:r ELIASSON. Därjämte har jag af veterinärerna inom provinsen hört mig före om sjukdomens utbredning hos nötboskapen inom olika delar af landskapet för att därigenom kunna göra jämförelse med dess förekomst ibland människorna. Ehuruväl mina egna observationer af aktinomykos i allmänhet beträffa de lindrigaste former, under hvilka sjukdomen uppträder, har jag dock ansett mig böra någorlunda utförligt redogöra för de samma, då jag tror, att just dessa enkla former äro de som lättast förbises, en åsikt, hvaruti jag än mera styrkts därigenom, att största delen af de af mig iakttagna fallen förut undersökts af andra läkare, utan att åkomman af dem diagnosticerats.

Doktor ELIASSON, som jag härmed ber att få tacka för hans vänliga tillmötesgående, har om sina fall sändt mig en kort redogörelse, nästan endast upptagande patientens namn, ålder, hemvist samt sjukdomens lokalisation, äfvensom resultatet af behandlingen, hvarjämte han lemnat en generel beskrifning på sin behandlingsmetod. Jag kan tyvärr därför ej lemna en klinisk redogörelse för dessa fall, men bifogar dem dock till mina egna efter den rapport, d:r E. lemnat mig af dem, då de äfven under denna form synts mig hafva sitt intresse.

Till mina sjukdomshistorier har jag fogat en epikris, be-  
träffande fallens allmänna kliniska karakter, hvarjämte jag på-



pekat de förhållanden af intresse, som hvarje fall särskildt kunnat erbjuda. Och slutligen har jag redogjort för den behandling, som jag och doktor ELIASSON användt i våra fall, i sammanhang med en kort kritik öfver den moderna behandlingen af aktinomykos.

För mina pågående kultur- och inympningsförsök med den renodlade svampen har jag ej här velat redogöra, då de ännu icke nått den afslutning, som jag ansett erforderlig för att de må kunna sprida ljus i denna så betydelsefulla fråga. Jag uppskjuter därmed till ett senare arbete.

### Kasuistik.

**Fall 1.** Grosshandlare J. K. från Trelleborg, 28 år. Actinomy-cosis buccæ et genæ.

K., som är stadens förnämste spanmålshandlare, har ofta brukat tugga och smaka på sädeskorn. För ungefär 2 år sedan fick han i v. underkäken en svullnad i tandköttet invid den 1 molaren, som var karierad. Svullnaden var aldrig säte för värk, och efter någon tid bröt den upp af sig själf inåt munnen, då något var framkom. Sedan kvarstod en fistel, som ibland var läkt för att efter någon tid åter bryta upp. Ungefär efter 1 1/2 år, i sept. 1894, märkte han en ärtstor, hård knöl i själfva kinden, motsvarande fisteln i tandköttet. I början af oktober 1894, då svullnaden invid tanden något ökats, gjordes en incision i den samma, hvarvid något var framkom, i hvilket jag hvarken makroskopiskt eller mikroskopiskt kunde finna någon typisk actinomyces. Sedan extraherades den skadade tanden. Emellertid började den lilla knölen i kinden efter denna tid hastigare tillväxa utåt emot huden, så att den i medio af december samma år bildade en ungefär spansk-nötstor, rundad, prominerande svulst på utsidan af kinden. Den kändes fluktuerande, och huden öfver den var spänd, förtunnad, blårod. Den crinrade frappant om ett inflammeradt aterom. Från denna svulst kunde man känna en fast sträng fortsätta sig inåt genom kindens tjocklek till platsen för den gamla fisteln, som nu var läkt.

<sup>15</sup>/<sub>12</sub> gjordes incision i svulsten, då ett slemmigt var framkom, som innehöll talrika actinomyces-korn. De utgjordes mest af smärre, gråhvita, och större, gulgrå, runda korn. Kaviteten utskrapades, då en del blekröda, lösa granulationer aflägsnades, och såret behandlades öppet, löst uttamponeradt med jodoformgas. I varet, som bakteriologiskt undersöktes dels mikroskopiskt dels genom anläggning af såväl aëroba som anaëroba kulturer, kunde ej några andra bakterier än actinomyces-svampen påvisas.

Efter 3 veckor var såret läkt.

Vid undersökning af patienten, 7 månader efter operationen, finnes i öfre delen af ärrret en knapt ärtstor förhårdnad, som enligt patientens utsago kvarstått oförändrad de sista månaderna. I öfrigt kännes hela regionen fullt normal.

**Fall 2.** Drängen Nils Larsson, 29 år, från Lilla Slågarp. Actinomyces buccæ.

Patienten har ofta brukat tugga på korn och strå.

För 1 år sedan, i jan. 1893, fick han svår tandvärk och svullnad omkring den karrerade 1:sta molaren i vänstra öfverkäkshalvvan. Iglar anbragtes å svullnaden samt å insidan af kinden. Efter 2 månader märkte han en hård knuta å insidan af kinden midt emot sätet för den skadade tanden. Han tror, att den uppkommit på den plats, där en af iglarna applicerats. Denna knuta höll sig sedan nära oförändrad i ungefär 8 månader, då den började växa i riktning mot huden. Ibland kändes ristande smärtor i den samma. I januari 1894 besökte han mig. Då fanns en bönstor, hård knuta på insidan af kinden och en spansknötstor, fluktuerande sådan å utsidan af kinden af samma utseende som i föregående fall. Båda dessa tumörer voro förenade genom en hård bindväfssträng. Fallet demonstrerades i Lunds läkaresällskap, där äfven incision och utskrapning af tumören i huden verkställdes. Den innehöll var af liknande utseende som i föregående fall. Bakteriologiskt kunde inga andra mikroorganismer än actinomyces påvisas.

Såret läktes snart. Sedan efter en månads tid knutan i kinden ej visat någon förändring och dessutom besvärade patienten, exstirperade jag denna, och såret läktes hastigt. I snitt från denna knuta kunde jag ej mikroskopiskt påträffa någon actinomyces.

Efter 1 år återsåg jag patienten. Då kunde ej några patologiska förändringar påvisas; ingen förhårdnad i eller omkring ärrret.

**Fall 3.** Flickan Anna Nilsson, 10 år, från Jordberga. Actinomyces buccæ.

För något öfver ett år tillbaka började en svullnad uppstå invid den skadade 1:sta kindmjölkttanden på vänstra sidan i underkäken. Den hade en smärtfri utveckling och utbredde sig så småningom emot huden, där den efter ungefär  $\frac{1}{2}$  år bildade en nötstor, halvkulformigt prominerande svulst, som i maj 1895 brast och uttömde ett blodblandadt, varigt innehåll. Sedan återbildade den sig och har därefter upprepade gånger brösttit, men å nyo återbildats.

I augusti 1895 besökte patienten mig. Då presenterade svulsten sig som en spansknötstor, ytlig hudabscess, betäckt af en tunn, blårodn hud, belägen ungefär 2 cm bakom och 1 cm nedanför vänstra munviukeln. Ifrån denna kännes en ärrlik sträng fortsätta sig genom kinden mot huden. Abscessen iuciderades bredt, utskrapades och utspolades med sublimatlösning samt uttamponerades med jodoformgas. Innehållet i abscessen visade talrika, synnerligen vackra, ända till hampfröstore, grågula actinomyceskorn. Patienteu har sedermera ej visat sig.

**Fall 4.** Drängen Karl Nilsson, 15 år, från Lilla Slågarp. Actinomyces buccæ.

Äfven denne patient, liksom samtliga efterföljande, uppgifver sig ofta bruka tugga på strå och korn. Hans tänder ha alltid varit friska.

Sedan 2 år har han på insidan af kinden märkt en ungefär nötstor knuta, som ibland minskats, ibland förstörats. För 3 veckor sedan började den hastigt tillväxa och var äfven säte för någon värk. Vid besök hos mig i början af maj 1895 iaktogs en dufäggsstor, föga ömmande, fluktuerande svulst i vänstra kinden ungefär på platsen för mynningen af ductus Stenonianns. Alla tänderna voro friska.

Svulsten inciderades och utskrapades. Innehållet var af samma beskaffenhet som i föregående fall. Bakteriologiskt endast actinomyces, som förefans i stor ymnighet.

Såret läktes snart, och svullnaden minskades hastigt. Ännu återstår dock en ungefär ärtstor förhårdnad i kinden.

**Fall 5.** Flickan Karin Persson, 18 år, från Espö. Actinomycesigenæ.

För 1 år tillbaka började omkring den karrerade 1 præmolaren i vänstra underkäken en svullnad tämligen hastigt uppstå. Hela kinden ansvalde, men efter en tid gick denna svullnad tillbaka, och endast en liten knuta i kinden kvarstod, som så småningom tillväxte utåt, så att den efter 2 månader starkt frambuktade kinden och brast, hvarefter en fistel kvarstod, som ibland läktes för att åter bryta upp.

Vid undersökning finner man i vänstra kinden, motsvarande 1:sta præmolaren, en trattformig indragning, i hvars midt en fistelgång utmynnar, som leder till käkbenet, utan att detta kännas karreradt. Ifrån munhålan kännas, motsvarande fisteln, i kinden en hård sträng, som leder till 1:sta præmolaren, omkring hvilken tandköttet är ansvaldt. Kindtänderna på denna sida äro karrerade; den 1:sta præmolaren sitter lös i alveolen.

Fisteln debridcrades och utskrapades. Det utskrapade utgjordes af var och lösa granulationer. I detta kunde ej någon actinomyces påvisas.

1:sta præmolaren, som satt ytterst löst, extraherades, och dess rot var rikligt besatt med små, grågula actinomyceskorn. Käkbenet ej blottadt.

Efter 14 dagar återsåg jag patienten, då fisteln var stadd i god läkning. Definitiva resultatet kan ännu ej bestämmas.

**Fall 6.** Hustru C. Jönsson, 25 år, från Trelleborgs landtförsamling. Actinomyces maxill. inf.

För en vecka tillbaka uppträdde värk vid visdomstandens på vänstra sidan i underkäken. Därefter inträdde en svullnad, som medförde munläsa, så att vid sitt besök hos mig, i februari 1895, patienten ej kunde als öppna munnen.

Sedan i kloroformnarkos munnen öppnats, syntes en stark svullnad omkring visdomstanden, starkast utåt. Som tanden antogs förorsaka den samma, extraherades den, men var fullt frisk. Därefter gjordes en längdincision i svulsten, då var frankom. I detta syntes talrika, små, tämligen lösa, grå korn, som mikroskopiskt visade actinomycesstruktur, dock var den kolformiga degenerationen af svampens perifera utlöpare endast på några ställen tydligt utpräglad. Käkbenet var ej blottadt, och en sond kunde införas 5 cm. i riktning bakåt och något nedåt. Utskrapning, jodoformtamponering.

Såret läktes hastigt på en vecka. Nu, d. <sup>1</sup>/<sub>10</sub> 95, kännes intet abnormt å platsen för den forna sjukdomshården.

**Fall 7.** Drängen Olof Olsson, 19 år, från S. Åby. Actinomyces maxill. inf.

För en månad sedan började patienten vid sväljning känna svårigheter och obehag å högra sidan i svalget. Han sökte läkare, som föreskref gurgelvatten. Därefter utbildade sig så småningom en alt mer tilltagande munläsa, hvartill kom lindrig smärta i bakre delen af käken, särskildt vid rörelse af denna.

<sup>23</sup>/<sub>9</sub> 1894 intogs patienten på lasarettet. Han kunde då icke als öppna munnen; ingen svullnad markerade sig på utsidan af käken. Under narkos dilaterades munnen sedan så småningom med Heisters munspärra. I bakre delen af käken kändes en otydlig, fluktuerande svullnad, som ifrån visdomstanden sträckte sig bakåt längs inre sidan af käkbenet. Svulsten inciderades bredt, då actinomyceshaltigt var framkom. Med sond kunde man komma väl 6 cm. längs käken inåt och bakåt. Käkbenet ej blottadt, visdomstanden frisk. Efter utskrapning tamponerades såret löst med jodoformgas.

Efter en vecka utskrefs patienten nära läkt. Har sedan varit frisk.

**Fall 8.** Karolina Nordberg, 28 år, ifrån Espö. Actinomyces maxillæ inf.

För 7 veckor sedan började en ömhet och svullnad uppkomma å den yttre, bakre hälften af vänstra underkäksgrenen. På en dag tilltog denna svullnad så, att patienten ej kunde öppna munnen. Sedan minskades den så småningom, hvarvid samtidigt äfven munläsan aftog. Efter en vecka brast den inåt munnen, och sedan har en fistel kvarstått, ifrån hvilken, enligt hennes egen uppgift, blodig materia framkommit. Därjämte har kinden ofta å nyo ansvalt, och svår munläsa inställt sig.

I augusti 1895 besökte patienten mig. Då kändes i vänstra masse-terregionen en hård, diffus svullnad, som fast adhererade till käkbenet. Ifrån munnen kändes denna förhårdnad sträcka sig ifrån andra kindtanden bakåt längs underkäken, hvarjämte i tandkötet förefans en liten fistelmyrning, ur hvilken vid tryck framkom blodblandadt var. Vid försök att öppna munnen kunde patienten endast skilja tänderna 1 cm. ifrån hvarandra. Alla tänderna äro friska.

Under narkos dilaterades munnen med munspärria, hvarefter ifrån munnen svulsten bredt inciderades. Abscessen innehöll var och lösa granulationer jämte talrika, gråhvita korn af ända till knappnålshufvuds storlek, hvilka mikroskopiskt visade typisk actinomycesstruktur. Underkäksbenet var, motsvarande sjukdomshården i en utsträckning af ungefär 3 cms längd och 2 cms bredd, blottadt och ytligt karicradt. Sårhålan utspolades och uttamponerades.

Efter ungefär en månads behandling föreföll patienten läkt, dock kan ej ännu något med bestämdhet sägas, om denna läkning blir bestående.

**Fall 9.** Landtbrukaren Olof Larsson, 25 år, från Maglarp. Actinomyces cervicalis.

Den 3 febr. innevarande år började trakten nedom högra underkäken svullna och värka, motsvarande sätet för andra molaren, som var svårt karierad. Efter 2 dagar lät patienten utdraga den sjuka tanden, utan att värken eller svullnaden minskades. Därjämte tillkom munläsa samt feber och allmänt illamående. Den 11 febr. besökte patienten mig. Då kände han i högra submaxillarregionen en nära äppelstor, hård, diffus svullnad, som ej var förskjutbar. Svullnaden inciderades, då stinkande var utkom. I varet funnos små, gråhvita, mjuka korn. Vid mikroskopisk undersökning funnos i dem runda anhopningar af talrika trådbakterier, mellan hvilka lågo strödda mikrokoekliknande korn. Då ej någon typisk radiär utbredning af de olika gruppernas trådbakterier förefans, utan trådarna slingrade sig bundtvis kring hvarandra i olika riktningar, och någon ansvällning af ändgrenarna ej kunde konstateras, ansåg jag mig ej kunna ställa fullt säker diagnos på actinomyces. Såret dränerades, och efter 3 veckor var det läkt. Den 30 maj märkte patienten omedelbart nedom operationsåret en nötstor förhårdnad, som ej ömmade, ej håller förorsakade honom något annat obehag.

Den 4 juni infann sig patienten åter hos mig. Då förefans omedelbart under året en spansknotstor förhårdnad, obetydligt ömmande och något fluktuerande, från hvilken löpte en strängformig förhårdnad inåt mot käken.

Incision och utskrapning, sublimatspolning, jodoformtamponad.

Vid operationen befans tumören utgöras af en tämligen tjock bindväfscapsel, som inneslöt en oregelbunden håla, utfylld af lösa granulationer af slemmigt var och massor af actinomyceskorn. De visade vid mikroskopisk undersökning den vanliga, typiska bilden af svampen.

Efter ungefär en vecka var patienten läkt, och nu kändes ingen förhårdnad i eller omkring året.

**Fall 10.** Drängen Nils Truedsson från Åby, 21 år. Actinomyces cervicalis.

En månad före inkomsten till sjukhuset den 15/9 1893 hade patienten märkt en förhårdnad uppstå under vänstra underkäksvinkeln. Den ömmade och värkte något, men efter en tids förlopp minskades den

för att strax efteråt på nytt tillväxa, äfven då beledsagad af någon smärta.

Patienten är af ett kraftigt utseende. En trådhård, diffus, föga ömmande infiltration under vänstra underkäken kännes sträcka sig nedåt till midten af halsen. Patienten har någon svårighet att öppna munnen. Andra molaren i v. underkäken kariesad. Ingen feber.

Tumören inciderades, då en svålig väfnad genomskars, i hvilkens midt flere små kaverner påträffades.

Dessa voro fyllda af en lös granulationsväfnad och en slemmig rödgul vätska, som innehöll typiska actinomyceskorn, hvilket äfven bekräftades vid mikroskopisk undersökning. Inga andra bakterier påträffades. Såret läktes efter 14 dagar.

Jag återsåg patienten efter 2 år. då kunde ingen resistens efter actinomyceshården påvisas.

**Fall 11.** Jöns Jespersson, 37 år, från Reng. Actinomycosis cervicalis.

Sedan ungefär 4 veckor har så småningom utbildat sig en väl äppelstor, diffus, trådhård svullnad i högra submaxillarregionen.

Svullnaden inciderades den  $\frac{3}{3}$  95 och visade samma natur som föregående fall. Af intresse var, att bland det actinomyceshaltiga varet påträffades en  $1\frac{1}{2}$  em. lång kornagn, som var rikligt besatt med actinomyceskorn.

Efter ungefär 3 veckor var patienten läkt.

**Fall 12.** Husmannen Per Jönsson, 64 år, från Värlinge. Actinomycosis linguae.

För 3 veckor sedan hade patientens tunga börjat ansvälla utan någon känd anledning. Efter 5 dagar var tungan så ansväld, att han ej kunde förtära annat än flytande föda. Denna svullnad minskades sedan något, men förvärrades åter. Några dagar innan han intogs på lasarettet kunde patienten själf iakttaga en mindre knöl, som höjde sig upp öfver tungytan. Han säger sig ej haft hvarken frossbrytning eller feber.

Vid inkomsten till lasarettet, 1 dec. 1893. föredde han å tungan, omedelbart invid medellinien å vänstra sidan, ett par em. från tungspetsen, en knapt valnötstor, oval, prominerande svulst, som tydligt fluktuerade.

Svulsten inciderades. Den innehöll ett slemmigt var och lösa, blekröda granulationer, hvilka utskrapades. I varet fanns små, gråhvita korn, hvilka mikroskopiskt visade tydlig actinomyces-struktur. Såret lemnades öppet och uttamponerades med jodoformgas.

Efter ungefär en vecka var patienten läkt.  $1\frac{1}{2}$  år efter operationen undersökte jag patienten och kunde ej då påvisa något patologiskt.

**Fall 13.** Flickan Anna Nilsson, 8 år, från Grönby. Actinomycosis abdominis.

Patienten insjuknade hastigt den 30 jan. 1895 med svår värk i magen och diarré. Före denna tid skall hon hafva varit alldeles frisk,

med undantag af, att hon, några veckor före sjukdomens utbrott, haft smärtor och svårighet vid afföringen. Diarrén satte sig efter några dagar; magen började alt mera blifva utspänd och ömmande, hvartill kom svårt allmänbefinnande och feber, som ibland var så stark, att hon yrade. Tillkallad läkare, dr. SJÖVALL, förklarade sjukdomen vara bukhinneinflammation och behandlade henne med v. v. omslag, opium och diet.

Den 6 februari kände hon sig något bättre och kunde då förtära någon mat, men försämrades åter, så att hon hela februari månad ej kunde förtära annat än litet flytande föda. Buken började ansvälla alt mer och mer, och man kunde i den palpera mera resistent partier. Därjämte tillkom hosta och teeken till bronkopnevmonier i lungorna.

Den 3 mars, då jag af dr. SJÖVALL konsulterades i och för kirurgisk behandling, iaktogs följande:

Patienten starkt emacierad. I högra lungan hördes på ett begränsadt ställe i nedre loben talrika rassel. Pulsen hastig. Temp. 39°. Buken starkt uppdrifven; nedanför naveln kändes en tydlig diffus resistens, som nästan intog hela undre delen af buken. Den var något ömmande.

Diagnosen var stald på en tuberkulös peritonit med afkapslade varhårdar, och det beslöts att såsom ultimum refugium göra laparotomi.

Den verkställdes den 5 mars i patientens hem, då vi icke ansågo henne kunna tåla att transporteras. Buken hade under de sista dagarna alt mera utspäuts.

Laparotomien verkställdes sålunda, att ett buksnitt lades ifrån naveln till symfyssen. Vid öppnandet af peritoneum visade sig tunntarmarna sammanväxta med bukräggen, och ett hål gjordes å en tunntarmslynga strax nedom naveln, hvilket genast suturerades. Vid försiktigt lossande af peritoneum fann man de underliggande tunntarmslyngorna tämligen fast sammanväxta sinsemellau. Strax öfver symfyssen lyckades det att särskilja ett tunntarmkylse, hvarvid man kom in i en ungefär äppelstor håla, innehållande var och tunntarminnehåll. Denna håla sträckte sig på djupet ned i lilla bäckenet. Som tarmarna ej kunde särskiljas utan risk att lederna de tunna tarmväggarna, kunde ej något perforationsställe å tarmen i hålan uppletas. En liknande abscess fans äfven något högre upp på högra sidan i buken. Då det visade sig ogörligt att vidare åtskilja de sammanväxta tarmslyngorna, afslöts operationen med att de båda abscesshålorna uttamponerades med jodoformgas, och buksåret lemnades öppet.

Patientens tillstånd förbättrades emellertid efter operationen. Febern sjönk, och hon fick god aptit jämte regelbunden afföring, detta ehuru en stor mängd tarminnehåll afgick genom buksåret. Därjämte förbättrades äfven heunes lungaffektion, så att efter en månad intet sjukligt hördes ifrån lungorna.

Efter en månad syntes ej längre något tarminnehåll i buksåret, men detta suppureerade tämligen starkt. Temperaturen höll sig mellan 37,5 och 38,5. Jag undersökte varet upprepade gånger, men eudast



2 ggr lyckades jag finna små, gråhvita korn, som mikroskopiskt visade actinomyces-struktur.

Jag behandlade henne sedan i 2 1/2 månad med dränering ifrån buksåret, utan att någon vare sig förbättring eller försämring af hennes tillstånd kunde förmärkas. Dessutom underkastade jag henne en månad jodkali-behandling; detta utan någon märkbar nytta.

Då varet visade benägenhet att stagnera i lilla bäckenet, och jag genom att införa en sond i buksåret kom omedelbart inpå främre rektalväggen, som här föreföll något trattformigt indragen, omgifven af hårda bindväfssvålar, beslöt jag mig för att öppna bakre fornix vaginae och därifrån utskrapa och dränera samt äfven genomspola sjukdomshården. Efter denna operation förbättrades tillståndet så, att jag efter en månad kunde utskrifva patienten med endast obetydligt secernerande fistel. Efter 2 månader återsåg jag patienten; hon var då läkt och vid godt hull och full vigör.

### Doktor Eliassons kasuistik. \*)

**Fall 1.** Pigan Johanna Svendsdotter från Katslösa, 19 år.

Den aktinomykotiska affektionen, som här liksom i följande fall mikroskopiskt diagnostiserats, bildade en valnötstor och en hasselnötstor svulst i högra kinden, hvilka svulster sinsemellan kommunicerade. Patienten utskrefs frisk.

**Fall 2 och 3.** Åbosonen Jöns Simonsson från Hedeberga, 23 år, och drängen Ola Olsson från Löfvestad, 19 år.

Sjukdomens lokalisation var äfven här i högra kinden. Båda utskrefvos friska.

**Fall 4 och 5.** Åbon Ola Mårtensson från Sjörup, 55 år, och gossen Oskar Persson från Löfvestad, 9 år, hade båda affektion i högra bucken. Utskrefvos friska.

**Fall 6, 7, 8 och 9.** Pigan Maria Jakobsdotter, 34 år, från Nöbelöf, pigan Hanna Mårtensdotter, 29 år, från Ystad, pigan Anna Nilsson, 24 år, från Anderslöf, gossen Nils Dehn, 11 år, från Skårby, hade alla sjukdomen lokaliserad å halsen nedom vänstra underkäken. Utskrefvos friska.

**Fall 10 och 11.** Gossen Erik Nilsson, 16 år, från Ruuthsbo, och ryktaren Nils Lärka, 57 år, från Söfde, hade affektion den förre å högra sidan af halsen, den senare i vänstra sternomastoidtrakten. Utskrefvos friska.

**Fall 12.** Pigan Amalia Nilsson, 31 år, från Ystad.

Sjukdomen hade här den sällsynta lokalisationen å högra handens volara senskidor.

\*) Utom dessa fall, som dr E. under de sista 8 åren vårdat å sjukhuset, uppgifver han sig hafva behandlat flere polikliniska patienter, behäftade med denna åkomma.



**Fall 13.** Hustru Johanna Carlsdotter, 43 år, från Tomelilla. I högra sidan af buken palperades en fast, tjock sträng, som från lefvertrakten sträckte sig till högra lig. Poupartii. 2 tum öfver detta fans ett stort, fistelartadt, varsecernerande sår. Därjämte hade patienten på högra sidan af halsen från käkvinkeln nedåt sternomastoideus massor af gamla ärr, som dr. ELIASSON tolkat som rester af en för flere år tillbaka å halsen aflupen aktinomykotisk sjukdomsprocess, hvilken sedan under årens lopp fortsatt sig nedåt och först manifesterat sig, då den brutit in i bukkaviteten. Patienten undandrog sig all behandling och vårdades endast 2 dagar på lasarettet. Hon afled snart därefter i hemmet.

**Fall 14.** Hustru Elna Svensson, 30 år, från Röddinge.

Detta fall var synnerligen likt det föregående, i det att likaledes gamla ärr funnos å högra sidan af halsen, en sträng å högra sidan af buken och ett fistulöst sår strax till höger om nafveln. Fallet behandlades med jodkalium och gick till hälsa.

De 13 fall af aktinomykos, som jag under 2 års tid här observerat och ofvan skildrat, härstamma alla från de omkring Trelleborg, längs sydkusten belägna socknarna. Doktor ELIASSONS fall härstamma likaledes från byarna omkring Ystad längs sydkusten, dock har han äfven haft patienter, som haft sin hemvist högre upp i landet inom Sjöbo och Skurups distrikt. Jag har hos en stor del af mina kolleger inom provinsen specielt hos lasarettsläkarne gjort förfrågningar, huruvida de iakttagit fall af denna sjukdom, förfrågningar, som besvarats nekande. Äfven på den stora universitetskliniken i Lund har ej något fall diagnostiserats. Jag tror visserligen, att, ehuru sjukdomen här inom Trelleborgs distrikt först blifvit igenkänd af mig, fall däraf så väl här förut som äfven inom öfriga delar af provinsen funnits, men blifvit oriktigt diagnostiserade. Dock har de senaste årens rikliga aktinomyces-literatur, kanske särskildt de på skandinaviska språken affattade afhandlingarna, ledt läkarnes uppmärksamhet mera åt denna sjukdom, så att jag är böjd för det antagandet, att, vore sjukdomen lika vanligt förekommande inom öfriga delar af provinsen som här, den ej skulle hafva kunnat till den grad förbises. För att söka utröna, hvilka anledningar kunde finnas till sjukdomens allmänna förekomst i denna trakt, gjorde jag efterforskningar hos veterinärer rörande aktinomykosens förekomst hos boskapen inom provinsen, och specielt från den trakt, från hvilken jag själf samlat

mina fall. Jag tackar här veterinärläkarne RASMUSSEN och LINDE för deras välvilliga tillmötesgående och de värderika upplysningar de lemnat i denna fråga.

Doktor R. meddelade mig, att inom Trelleborgs veterinär-distrikt aktinomykosen vore en synnerligen vanlig sjukdom hos boskopen, nästan lika allmänt förekommande som tuberkulosen. Han kunde påträffa ända till 100 fall af aktinomykos inom ett år. Sjukdomen var i allmänhet ganska ojämnt fördelad, så att inom vissa byar en stor del af kreatursbesättningen var angripen, såsom t. ex. förhållandet var i Dalköpinge, en liten by belägen vid kusten strax invid Trelleborg och genomfluten af en å.

I allmänhet hade han fått den uppfattningen, att på de ställen, där djuren hade strandbete, sjukdomen var mest utbredd.

Rörande sjukdomens utbredning i öfrigt inom provinsen meddelade mig doktor R., att han af sina kolleger på ett veterinärmöte i Eslöf, som de skånska veterinärerna haft förliden höst, inhemtat, att aktinomykosen vore mera sällsynt i de inre delarna af provinsen, särskildt i norra Skåne, och att den ingestädes vore så allmän som på Skånska sydkusten och specielt inom Trelleborgs distrikt.

Veterinär LINDE, som innehar Hvellinge distrikt, beläget ungefär midt emellan Malmö och Trelleborg, har åt denna sak egnat mycken uppmärksamhet. Han meddelade mig, att sjukdomen bland djuren vore vanligare på sydkusten än vestkusten och mest sällsynt inåt landet. Han hade påträffat gårdar längs sydkusten, där af en kreatursbesättning på 12 djur, 11 voro angripna af aktinomykos.

Af särskildt intresse synes mig den observation vara, som han gjort beträffande sjukdomens utbredning längs vestkusten. Här hade han funnit ganska betydande sträckor, där ej någon aktinomykos förefans bland djuren, och på alla dessa orter beagnades ej hafstången såsom gödningsämne på jorden, beroende därpå, att den ej här upplutit på stranden, under det att på andra ställen, där aktinomykosen var vanlig, äfven tången användts till jorden. Längre inåt landet, i Svedala distrikt, är aktinomykosen en ganska ovanlig sjukdom.

Det synes mig icke utan intresse, att just i samma trakt, där sjukdomen hos djur är så allmänt förekommande, den äfven är det hos människan. Anledningen härtill synes mig vara den, att människor så väl som djur infekteras från samma källa, nämligen ifrån växterna, särskildt foderväxterna, hvilka

antagligen här vanligare än på andra orter äro bärare af actinomycessvampen.

I alla mina fall hade de af sjukdomen angripna personerna haft den ovanan att ofta tugga på korn eller strå, ja i ett fall kunde jag direkt påvisa närvaron af kornagnen, rikligt besatt af actinomyces-kolonier, och jag tviflar ej på, att om jag i denna riktning verkställt noggrannare efterforskningar, dylika eller åtminstone rester af dylika kunnat påträffas i än flere fall. Detta med tanken på de vackra resultat i denna riktning, som BOSTRÖM erhållit genom sina noggranna och mödosamma efterforskningar, då han i 5 af honom undersökta fall kunde påvisa partiklar af sädesslag i actinomyces-varet; härför talar äfven JURINKAS intressanta fall, i hvilket han kunde i ett actinomyceskorn mikroskopiskt påvisa små rester af en sädesagn, genomväxt af actinomycestrådar.

I intet af mina fall har jag, trots noggranna efterforskningar i denna riktning, kunnat finna, att patienterna vid tidpunkten för infektionen haft beröring med infekterade djur och således därifrån kunnat härleda sin infektion. Det är väl äfven för närvarande den allmänna uppfattningen, beträffande infektions-sättet för människor, att det sker direkt från växterna, hufvudsakligen ifrån sädeslagen, speciellt hafva kornagnarne synts spela en betydande roll i detta afseende.

Jag tillåter mig i detta sammanhang framkasta en fråga, som det tillkommer framtida undersökningar att lösa: spelar själfva sädesagnen endast en roll såsom förare af infektions-ämnet, eller har den icke någon större betydelse för själfva infektionen? Den tanken synes mig ej så främmande, att svampen, som på växten förer sin saprofytiska tillvaro, behöfver, för att kunna utveckla sig inom djurkroppen, till en början just närvaron af detta växtämne för att sedan så småningom kunna aklimatisera sig själfständigt inom djurkroppen. Ett litet stöd för denna mening synes mig ligga i den observation, jag gjort i fall 11, där aktinomycesinfektionen var af endast kort varaktighet, och där man nästan uteslutande fann aktinomycesvegetationerna på den i härden funna sädesagnen.

Innan jag öfvergår till en skildring af den generela kliniska karakter, som sjukdomen haft i de fall, jag iakttagit på denna trakt, med påpekande af de detaljer i sjukdomen, som synts mig af särskildt intresse, och hänvisande i öfrigt till sjukdomshistorierna, vill jag endast i korthet framställa en bild af

den uppfattning, man i allmänhet har uttalat rörande aktinomykosens kliniska karakter på grund af förut skildrade fall.

Den aktinomykotiska sjukdomsprocessen ter sig, som bekant, än under lätta former, än under svårare ja ofta till döden förande. Den första uppfattning man fick, rörande aktinomykosens kliniska karakter, såsom man t. ex. återfinner den i Israels bekanta arbeten, hos PÖNFICK m. fl., ja äfven hos senare författare såsom t. ex. inom vår egen literatur i ÅKERMANS öfversiktsreferat i Hygiea 1891, var ju den, att aktinomykosen i allmänhet var en synnerligen elakartad sjukdom. Detta väl hufvudsakligen beroende på, att de första fall, som riktigt diagnostiserats, tillhörde de svåraste fallen af actinomycesinfektionen, fall, som ofta först diagnostiserats vid sektionsbordet. Sedan man dels lärt sig igenkänna de lättare former, under hvilka aktinomykosen ter sig, dels haft längre tid tillfälle att följa aktinomykospatienternas slutliga öde, har sjukdomen visat sig i en annan, betydligt mildare dager.

Ganska ense är man visserligen numera om den stora roll, som själfva lokalisationen af sjukdomen har i fråga om sjukdomens malignitet. Så känner man t. ex. det ogynsamma förloppet, då sjukdomen utvecklar sig invid öfverkäken och sedan utbreder sig bakåt mot kraniets botten, eller då den, utgången ifrån tarmen, banar sig väg i den retroperitoneala bindväfven. Dessa fall äro dock i allmänhet mera sällsynta; långt vanligare är, att processen bryter fram emot kroppens öfveryta, såsom förhållandet är med den s. k. underkäks-, kind- och hals-, ja oftast äfven bukaktinomykosen. Sådana fall gifva enligt allas mening en betydligt bättre prognos.

Men med afseende på bedömandet af dessa fall äro meningarna ganska skiljaktiga. De flesta författare äro visserligen ense om, att de, just genom de sjukliga förändringarnas tendens att utbreda sig mot kroppens yta, hvarvid de blifva synnerligen tillgängliga för en kirurgisk behandling, i de flesta fall efter sådan behandling gå till fullständig hälsa. Men beträffande den utveckling sjukdomen skulle taga, öfverlemnad åt sig själf, hvilket ju är af största betydelse för att bedöma dess verkliga karakter, äro åsikterna mycket olika. Så säger SCHLANGE, stödd på en ganska stor erfarenhet om aktinomykosen, att de flesta fall af mun- och hals-aktinomykos — den vanligaste formen af sjukdomen — skulle läkas utan all behandling. Han omnämner, att de fall, han varit i tillfälle att följa ifrån BERGMANS klinik i Berlin,

läkts, där ytterst små, kirurgiska ingrepp gjorts, — ja, att fall, som utskrifvits från kliniken oläkta, sedan af sig själfva läkts, och dessutom att han trott sig finna hos många personer säkra bevis för, att hos dem förekommit en aktinomykotisk process, som sedan af sig själf läkts.

Helt olika är den uppfattning de senaste franska författarne framställt rörande denna sak. CHOUX.<sup>1)</sup> som nyligen skrifvit en utförlig artikel om aktinomykosen, har kommit till den åsikten, att sjukdomen, öfverlemnad åt sig själf, ej läkes utan fortfarande sprider sig inom organismen och där anställer sina sköflingar.

MEUNIER<sup>2)</sup> beskriver tre olika facer, som den faciocervikala formen af actinomycosis undergår.

Den första kännetecknas af en mer eller mindre utbredd hård svullnad.

Då sjukdomen öfvergår i sitt andra stadium, ger detta sig tillkänna genom uppkomsten af uppmjukningshärdar i svulsten, hvilka sedan bilda fistelgångar.

I det tredje stadiet angriper processen ansiktets ben och anställer då betydliga, förstörande processer.

Jag har anfört dessa få exempel endast för att visa, huru stor olikhet i åsikterna, som ännu är rådande rörande denna fråga. För att nu återgå till en skildring af den kliniska karakteren af mina egna fall, så synes mig först böra framhållas, att jag ej träffat på några svårare former, och till svårare former räknar jag ej blott sådana fall, där actinomycesinfektionen ledt till döden, utan äfven de, där processen utbreder sig i olika riktningar, bildande multipla härdar inom organismen, eller där den anställt vidsträckta vandringar inom kroppen.

Då kännedomen om aktinomykosen blir allmännare, kan det spörsmålet få sin lösning, huruvida aktinomykosen, i likhet med flere andra infektionssjukdomar, inom olika trakter visar sig olika malign. Redan nu kan man visserligen vid granskandet af kasuistiken finna, att de fall, som meddelats från vissa orter, i allmänhet visat en svårare karakter än från andra, men härvidlag får man dock ännu taga hänsyn till, att möjligen de lättare formerna af sjukdomen undgått uppmärksamhet. Jag har emellertid ansett det böra påpekas att i den trakt, där jag

<sup>1)</sup> Archive générale de Médecine 1895.

<sup>2)</sup> Semaine méd. 1895, n:r 36.

gjort mina iakttagelser, aktinomykosen oftast uppträder i lindrigare former. Huru förhållandet i detta afseende i öfrigt kan gestalta sig på andra trakter af landet få framtida undersökningar besvara.

De första fem här meddelade fallen utmärkte sig gemensamt därigenom, att sjukdomsprocessen, utgående från munslemhinnan banat sig väg rakt utåt genom kindens mjuka delar utan att från denna bana några sidoförgreningar eller disseminerade härdar uppstått i grannskapet af den ursprungliga sjukdomshärden, och detta oakadt i flere fall processen varat ganska länge, ja öfver år. De tillhöra alla den lättaste formen af actinomycesinfektionen, men torde dock hafva sitt intresse därför, att de visa, huru växlande den kliniskt patologiska bilden kan te sig äfven under denna den enklaste sjukdomsformen och med samma lokaliseringsområde inom organismen.

Fall 1 erbjuder den kanske vanligaste bilden af kindaktinomykosen, nämligen en ateromliknande svulst i huden och en bindväfssträng, som fortsätter sig ifrån denna inåt genom kindens tjocklek till sätet för den ursprungliga, nu läkta härden invid den skadade tanden. Sjukdomens duration hade i detta fall varit något öfver 1 år.

Fall 3 erbjuder ungefär samma bild af en ateromliknande abscess i ansiktshuden med en bindväfssträng i kinden. I sjukdomshistorien i detta fall synes det mig vara af intresse, att hudabscessen flere gånger brustit och uttömt sitt innehåll, men likväl ej läkts utan efter en tid återbildats. SCHLANGE och flere med honom hafva framhållit, att då den aktinomykotiska härden vandrat fram mot huden samt där brustit och uttömt sitt innehåll, den vanligen läkes eller åtminstone läkes å detta ställe, äfven om en ny fistelgång skulle uppstå nedanför. Intet af dessa förhållanden har egt rum i detta fall, utan vi se här, huru sjukdomen envist persisterar å samma lokal utan att vilja läkas.

Fall 4 visar samma ateromliknande svulst i ansiktshuden, samma bindväfssträng, som fortsätter sig inåt, men därjämte kvarstår en liten hård svulst invid munslemhinnan, som rest af den ursprungliga infektionshärden.

Fall 2 visar ett mera ovanligt sjukdomsförlopp, i det att här en svulst utbildat sig i buccan invid munslemhinnan, men denna har icke såsom i föregående fall fortsatt att utbreda sig mot huden, utan i stället kvarstått på den ursprungliga infek-

tionsorten, än tilltagande, än åter aftagande i omfång, och fortfarande på detta sätt under 2 hela års förlopp. Att den aktinomykotiska sjukdomsprocessen under så lång tid kan ligga inkapslad och åter bryta upp är af betydelse att hafva kännedom om för afgörandet af, om ett fall af aktinomykos är läkt eller ej och manar till den största försiktighet vid bedömandet af denna fråga.

I fall 5 åter har den ungefär ettåriga sjukdomsprocessen ledt till en fistel med trattformigt indragen yttre mynning, som leder till den ej karrerade underkäken. Äfven i detta fall synes ej någon spontan läkning vilja komma till stånd.

Af största intresse var i detta fall påvisandet af de talrika aktinomyceskornen omkring tandroten.

De 3 följande fallen tillhöra den sjukdomskategori, där sjukdomsprocessen utbredd sig längs underkäken i 2 fall å utsidan, i det tredje å insidan.

Gemensam för dessa fall var den svåra munläsa, som berodde därpå, att i de 2 fallen sjukdomen utbredd sig i masetermuskeln, i det tredje i pterygoideus internus. — Tänderna voro friska i alla fallen, käkbenet var intakt i de 2 fallen, men i det tredje fans det blottadt i ganska stor utsträckning. Detta är, som bekant, mycket ovanligt. Så har SCHLANGE bland sina många fall endast ett, där detta varit förhållandet. Om i mitt fall en blandningsinfektion förelåg, ansåg jag mig ej kunna afgöra, då en bakteriologisk undersökning vid öppenstående fistel ej syntes mig kunna gifva någon tillförlitlig upplysning därom.

Det första af dessa fall ntmärkte sig för ett akut förlopp och visade actinomycessvampen äfven här mikroskopiskt endast sparsamt den degenererade strukturbilden.

Innan jag lemnar skildringen af dessa båda grupper af fall, vill jag bemärka, att jag ej påträffat något fall af s. k. tandfistel eller kronisk inflammationsprocess omkring käken, där ej aktinomycessvampen kunnat påvisas, hvilket styrker mig i det antagandet, att en stor del af dessa tämligen vanliga sjukdomsfall äro just förorsakade af aktinomycessvampen. Men det torde äfven vara skäl att efterforska, hurvida den icke stundom kan spela en roll vid uppkomsten af de akuta abscesserna. I fall 6 finna vi den i en sådan, tämligen akut uppkommen abscess. Jag erinrar mig dessutom tvänne fall af dylika s. k. tandabscesser, i hvilka jag gjort kultur försök med varet, och kulturerna blifvit sterila, hvilket åtminstone visar, att de ej innehållit de vanliga varbakterierna. Jag hade ej då uppmärk-



samheten riktad på aktinomycessvampen, hvarför jag tyvärr ej i dessa fall gjorde någon efterforskning efter den samma. Mitt fall 9 lärde mig svårigheten att kunna igenkänna actinomyces i akuta sjukdomsfall, då den här sällan visar den typiska aktinomycesstrukturen. Genom noggrann färgning af varet och bäst genom omsorgsfullt anlagda kulturer torde dess när- eller frånvaro kunna med säkerhet afgöras.

Utaf de 3 af mina fall, där sjukdomen haft sitt säte å hal-sen, erbjuder endast det ena större intresse. De 2 öfriga visade i alt den vanliga typiska bilden af halsaktinomykos, som så ofta förut är skildrad.

Det tredje åter gaf ett exempel på den ganska sällsynta form. där sjukdomen förlöper mera akut och med ganska svåra allmänna symptom, såsom feber och betydlig kraftnedsättning.

RÖSER<sup>1)</sup> m. fl. hafva förut skildrat denna form.

I detta fall var af största intresse, att ingenstädes i den akuta abscessen någon typisk actinomycesstruktur kunde påvisas. Här saknades såväl den hyalina, kolfformiga degenerationen af actinomycestrådarna som ock den radiära utbredningen af trådarna, men sedan processen fått vara i flere månader funnos fullt typiskt dessa bilder.

Mitt fall af tungaktinomykos visade ett typiskt exempel för denna ganska sällsynta lokalisation af sjukdomen. Liksom i allmänhet fallen af tungaktinomykos, förlöpte äfven detta hastigt och varaktigt till hälsa, och detta ehuru det gälde en gammal, ganska utsliten man.

Fallet af bukaktinomykos lemnar ett nytt exempel på den brokiga och svårtydda bild, som denna lokalisation af svampen ofta visar. Jag har uppfattat det af mig meddelade fallet så, att infektionen utgått från främre rektalväggen, som den genomtrutit och bildat en utanför liggande härd, hvilken till en början endast genom obetydliga symptom, nämligen svårigheter vid afföringen och ringa smärtor, gifvit sig till känna. Sedermera har den åstadkommit perforation å angränsande tarmslyngor och därifrån härleder sig den allmänna peritonit och de afkapslade, tarminnehåll förande abscesshärdar, som konstaterades vid operationen. Att ej actinomycessvampen här genast konstaterats, berodde naturligtvis på närvaron af tarminnehållet med dess bakterier, som till en början voro de förherrskande, men som efter hand tycktes alt

<sup>1)</sup> Deutsche Med. Wochenschrift, 1886, n:r 22.



mer och mer förminsas, under det att actinomycessvampen behöll herraväldet. Förvånande var, att, trots den utbredda och intima fasta sammanväxningen af tarmslyngorna, afföringen under nästan hela sjukdomen förhöll sig regelbunden.

De fall, hvilkas kliniska karakterer, jag nu skildrat, lemna endast exempel på en ringa del af de former, som sjukdomen kan taga. Numera finnas väl knappast några ställen af människokroppen, där ej sjukdomen blifvit funnen. Jag vill här endast erinra om, att till de sedan längre tid tillbaka kända fall, där sjukdomen varit lokaliserad, såsom i mina, i ansiktet, hakan och buken, eller, såsom andra iakttagit, i lungorna, i huden, och t. o. m. i hjärnen, så finner man i den nyaste kasuistiken meddelanden om aktinomykosens förekomst på flere andra orter såsom t. ex. i bröstkörteln, där den simulerat kræfta, i dakryocystiter, i kroniska suppurationer från mellanörat med flere ställen.

Hvad angår *behandlingen* af mina fall, så har den utslutande varit kirurgisk, och därvidlag har jag alltid sökt komma till rätta med möjligast lindrigaste ingripande. Så har jag vanligen bredt inciderat härden, sorgfälligt utskrapat denna, och sedan utspolat den vanligen med sublimatlösning, hvarefter jag lemnat såret öppet, lätt uttamponerat med jodoformgas. Vid efterbehandlingen har jag alltid sökt hålla såret öppet någon tid samt ibland verkställt utspolning af sårhålan. I fall 5, där recidiv inträffade, hade jag endast gjort en vanlig dränering af abscessen, då dess aktinomykotiska natur ej af mig igenkänts. I fall 1, där möjligen ett litet recidiv förekom, skedde tillslutningen af sårhålan kanske något för hastigt. I öfrigt hafva mina fall läkts hastigt och, att döma af de gjorda efterforskningarna, efter all sannolikhet äfven varaktigt. I mitt fall af bukaktinomykos, där läkningen gick vida långsammare än i de öfriga fallen, hindrade tarmarnas fasta sammanväxning ett noggrant utslefvande af härden, hvarför jag här fick nöja mig till en början med att ifrån buksåret dränera sårhålan med jodoformgas. Sedan dränerade jag äfven genom vagina och verkställde utspolningar af fistelgångarna. I detta fall försökte jag äfven, fast utan resultat, behandling med jodkalium invärtes.

Jag har grundat min behandling dels på de erfarenhetsrön, som i nyare tider gjorts, och hvilka visa, att sjukdomen varaktigt kan botas genom dessa lindriga kirurgiska ingrepp, dels på kännedom om den aktinomykotiska härdens patol. ana-

tomi. Härvid är det naturligtvis af största betydelse att veta, att act. svampen ej förekommer i den bindväfskapsel, som utgör det yttre höljet till härden, och hvilken för den skull ej behöfver exstirperas. Svampen ligger ombäddad af var och lösa granulationer, som lätt kunna aflägsnas.

För att lemna väfnaden tillfälle att kunna eliminera möjligtvis efter skrapningen kvarblifna rester af svampen har jag alltid sökt att längre tid hålla sårhålan vidt öppen.

Dr ELIASSON har beträffande behandlingen af sina fall i hufvudsak förfarit efter samma principer som jag.

Han har i allmänhet, så vidsträckt som möjligt öppnat actinomyceshärden, grundligt utskrapat den, samt eventuellt, där för den skarpa slevven svårt åtkomliga hörn och vinklar förekommit, bränt med elektrokauter.

I mera komplicerade fall, där han ej med skrapning kunnat åtkomma hela sjukdomshärden, har han använt klorzink eller pyrogallussyra, som han insprutat i den samma, och säger sig äfven därmed hafva uppnått goda resultat.

Jodkalium har han använt i flere fall, och understundom har denna behandling gifvit synnerligen godt resultat; så var förbållandet i ett fall af bukaktinomykos, där efter några veckors användning af medlet en våldsamt afstötning och varflytning uppkom, hvilken slutade med läkning.

Angående den nuvarande uppfattningen rörande aktinomykosens kirurgiska behandling, så torde de flesta auktoriteterna vilja hafva den inskränkt till incision och utskrapning. Endast några få, t. ex. CHOUX, stå fortfarande på den gamla ståndpunkten att om möjligt exstirpera hela den aktinomykotiska härden, en uppfattning, som var grundad på bristande kännedom om aktinomykosens patologi, och som ledt till betydande kirurgiska öfvergrepp, såsom t. ex. då man för en aktinomykotisk process i tungan verkstälde en tungexstirpation eller för en underkäksaktinomykos gjorde resektion af käken m. m.

Jag har ofvan framställt de grunder, på hvilka den nuvarande behandlingen baserar sig, och behöfver därför ej här gå närmare in härpå.

Vid sidan af dessa behandlingsmetoder hafva en del författare i mera utbredda fall af aktinomykos använt parenkymatösa injektioner af antiseptiska ämnen, såsom sublimatlösning, karbollösning, klorzink o. s. v. Utaf deras sjukhistorier

framgår, att i en del fall dessa behandlingsmetoder ledt till goda resultat, dock synas dessa metoder vara betydligt osäkrare i sina verkningar, ja äfven för patienten mera ingripande än den rent operativa, och torde därför endast mera sällan böra komma i fråga. Af mera intresse synes mig vara, att man i nyaste tider trott sig kunna bota aktinomykos genom invärtes behandling, och man har trott sig i jodkalium finna ett nära nog specifikt medel emot sjukdomen. Det var veterinärerna, som först gåfvo uppslag till denna behandlingsmetod. THOMASSON 1885 och sedan NOCARD 1892 meddelade serier af med jodkalium lyckligt behandlade fall, och sedan började man mera allmänt använda metoden ibland veterinärerna. 1892 meddelade VAN ITERSÖN ifrån Nederländerna lyckliga resultat vid användande af jodkalium hos människor, och sedan har antalet publikationer om fall, behandlade efter denna metod, som snart vann entusiastiska anhängare, hufvudsakligen inom Nederländerna, Frankrike och Italien, ständigt ökats. Jag behöfver här endast erinra om MEUNIERS, NETTERS, PONCETS och BUZZIS m. fl:s publikationer häröfver. Egendomligt nog hafva en del af de nyaste tyska författarne på detta område, såsom t. ex. GRILL, ej ens omnämmt metoden.

Det är naturligtvis mycket för tidigt att vilja fälla ett afgörande omdöme om metodens värde, men det torde dock vara af intresse att redan nu taga i betraktande, hvilka resultat den hittills gifvit, och hvad vi kunna vänta af densamma.

Först torde det tillåtas mig att med några ord belysa, hvad veterinärerna haft för resultat. Doktorerna RASMUSSEN och LINDE, som här på orten behandlat flere fall med denna metod, hafva meddelat mig: D:r R., att resultatet i allmänhet ej varit lysande; d:r LINDE, att i flere fall, speciellt af käkaktinomykos, där benet varit angripet, resultatet af behandlingen varit intet, att medlet hufvudsakligen verkat gynnsamt vid sidan af den kirurgiska behandlingen. Därjämte påpekar han, att veterinärerna haft fall, som läkts efter jodkalibehandling, men där efter en tid sjukdomen åter visat sig. Då jag granskat den mig tillgängliga veterinärlitteraturen i dessa frågor, synes det mig äfven framgå, att behandlingen hufvudsakligen visat sig verksam vid vissa former af aktinomykos, speciellt vid tungaktinomykos. Beträffande resultatet hos människan kan man ej neka till, att medlet i flere fall syntes hafva en synnerligen kraftig inverkan på sjukdomsprocessen. Särskildt anmärkningsvärda synas mig de 3 fall af lungaktinomykos, som

NETTER behandlat efter denna metod, och hvaraf det ena redan efter 21 dagar tycktes hafva läkts, och ett fall af PONCET, där utan någon operation en utbredd ansiktsaktinomykos genom jodkalium gick hastigt till hälsa. Dr ELIASSONS förut omnämnda fall af bukaktinomykos synes mig äfven utgöra ett vackert bevis på detta medels verksamhet i vissa fall.

I en del af de med jodkalium behandlade fallen hafva därjämte användts kirurgiska ingrepp, hvarför det är svårt att här afgöra, hvilken rol jodkaliet haft i den lyckliga utgången. Å andra sidan hafva flere ej sett någon verkan af jodkalibehandlingen, så t. ex. BONSDORFF, som i flere fall användt den, utan att ha funnit märkbar nytta däraf. Själf kunde jag i mitt fall af bukaktinomykos ej iakttaga någon verkan. dock torde ej detta fall, i hvilket en blandningsinfektion förelåg, hafva så stor beviskraft i frågan.

Vore aktinomykosen en sjukdom, som, där den ej kunde utrotas genom kirurgiska medel, icke spontant kunde gå till hälsa, skulle de med jodkalium botade fallen naturligtvis ega stor beviskraft, men nu känner man, att äfven svåra fall af aktinomykos kunna af sig själfva läkas eller åtminstone bringas till längre stillastående af processen. Gent emot NETTERS fall af lungaktinomykos behöfver jag endast erinra om 2 fall, som SCHLANGE meddelat, där utan jodkaliumbehandling och utan något ingrepp på den aktinomykotiska sjukdomshärden i lungan processen gick till läkning eller åtminstone till långvarigt stillastående. Båda fallen voro följda under resp. 5 och 6 år efter patienternas utskrifning från sjukhuset. Dessa och liknande fall mana till försiktighet vid bedömandet af resultaten med jodkalibehandling.

Utaf denna korta öfversikt beträffande jodkaliumbehandlingen kunna vi finna, att denna behandlingsmetod hittills gifvit synnerligen växlande resultat och, i jämförelse med de resultat, som lemuats af den kirurgiska behandlingen, vida sämre. Dock torde jodkaliumbehandlingen hafva sin betydelse i de fall, där, beroende på aktinomykosens lokalisation och utbredning, den kirurgiska behandlingen ej kan föra till målet, och äfven i svårare fall vid sidan af den kirurgiska behandlingen, samt särskildt, då patienterna ej vilja underkasta sig ett operatift ingrepp. En olägenhet synes mig metoden hafva däruti, att medlet, för att vara verksamt, skall gifvas i stora doser: hos boskapen ända till lindriga förgiftningsdoser, och hos människan rekommenderar man i allmänhet 4 gram om dagen, fortsatt under flere veckor.

Jag vill här endast tillägga att i svåra fall af aktinomykos har RYDYGIER, jämte invärtes behandling med jodkalium, äfven verkställt parenkymatösa injektioner af en 1 proc. lösning i den aktinomykotiska härden och häraf fått goda resultat.

Innan jag lemnar kapitlet om aktinomykosens behandling, torde det vara skäl att med några ord närmare beröra den intressanta frågan om dennas förmåga af spontan läkning, och att efterse, om man på grund af denna kunde inskränka sig till ett rent exspektatift förfarande gent emot sjukdomen, utan att behöfva tillgripa vare sig kirurgiska eller medicinska medel.

Visserligen finnas flere fall såväl af de lättare formerna, såsom t. ex. BONSDORFFS ena fall af ansiktsaktinomykos, ja äfven af de svåra, såsom af lung- och bukaktinomykos, där en spontan läkning kommit till stånd, men dessa fall torde enligt min tanke höra till sällsyntheterna, och därjämte finner man vid granskning af dessa fall, att de först efter att hafva anställt ganska betydande förstörelser hafva gått till hälsa. Flere af mina egna observationer utgöra bevis för, att den aktinomykotiska sjukdomsprocessen, trots lokala gynsamma förhållanden, och fastän sjukdomen varit öfverlemnad åt sig själf i längre tid, ja i öfver år, dock icke läkts. Vidare finner man en viss benägenhet hos sjukdomen att recidivera, där behandlingen ej varit fullständigt genomförd. Ett förhållande, som därjämte bör beaktas vid bedömandet af aktinomykosens spontanläkning, är, såsom ett af mina fall illustrerar, att sjukdomshärden kan ligga inkapslad under längre tid, utan att framkalla några symptom, men sedan åter bryta upp.

Tvingande skäl att så fort som möjligt inleda en behandling gent emot sjukdomen synes mig vara, dels att den understundom kan framkalla lifvet direkt hotande komplikationer — så omtalas i kasuistikerna fall, där patienterna inskickats till sjukhusen på grund af mera hastigt påkommande kväfningsanfall, beroende på en aktinomykotisk halsaffektion — dels att aktinomykospatienterna alltid måste betraktas såsom utsatta för den faran, att sjukdomen kan antaga en svårare form, bestående däruti, att den antingen, såsom i de svåraste fallen, kan generaliseras inom organismen och framkalla död under pyemiska symptom, eller utsträcka sina vandringar till områden, där den blir oåtkomlig för kirurgisk behandling.

Då jag nu avslutar min lilla studie öfver aktinomykosen, är det i den förhoppning, att den måtte bidraga till, att man mer än hittills inom vårt land uppmärksammar denna sjukdom, som redan under den korta tid, den varit känd, afslöjat så många kliniska och patologiska förhållanden, intressanta icke blott för en närmare kännedom af sjukdomen, utan äfven därför, att de synas sprida ett ljus öfver de parasitära infektionssjukdomarnas allmänna patologiska biologi. Ännu återstår mycket att vinna: att kunna finna den saprofytiska form, under hvilken svampen vegeterar på växterna, att utröna hvarpå dess förmåga beror att bilda så växlande patologiska tillstånd, än sarkomliknande svulster, än kroniska abscesser och fistlar, än mera akuta sådana, ja att studera de olika arter, hvilka sannolikt förefinnas, deras biologi, förhållande till öfriga bakterier, till antiseptiska medier och speciellt till människokroppen. Och härvidlag kan jag icke annat än instämma med BRAATZ, då han säger, att ingen annan medicinsk disciplin erbjuder sådana fördelar som den praktiska kirurgien för studiet af bakterielifvet i människokroppen, och att, då detta blifver riktigt behjärtadt, just kirurgien kommer att lemna de viktigaste och de värdefullaste bidragen till den mänskliga patologien.

---

## Iagttagelser af Ingvinalhernie hos Börn.

(Foredrag ved Nordisk kirurg. Forenings 2det Møde. Kristiania 1895.)

Af

SIGFRED LEVY

i Köbenhavn.

På Grund af den Opmærksomhed, som ved dette Møde skænkes Spørgsmålet om Brok, har jeg ment, at det vilde være på Plads at forelægge Forsamlingen nogle Iagttagelser angående dette Ämne, — hvilende på andre Synspunkter og indsamlede under ganske andre Forhold i det hele taget end dem, der ligge til Grund for de Kollektivundersøgelser angående Brok, som ere fremkomne efter denne Forenings Initiativ.

Der har nemlig i Kliniken i den danske velgørende Institution »Samfundet, som antager sig Vanføre og Lemlæstede» — dettes 1ste Afdeling — i Arenes Løb indfundet sig et ikke ringe Antal Individder med hernia — fortrinsvis Börn — for at få Brokbånd, og da dette »Samfund» ikke alene giver en Bandede én Gang for alle, men også vedligeholder og fornyer disse Ting for Klienterne, når disse blot iagttage at fremstille sig for Lägen regelmässigt, med et Par Måneders Mellemrum, har jeg haft Lejlighed til at følge sådanne Patienter gennem flere Ar og til at indhøste Erfaringer om det infantile hernia og isär angående Brakeriebehandlings Praktik.

Om det Erfaringsmateriale, jeg således har indsamlet i Löbet af 16—17 Ar, har jeg fremstillet en Række Oplysninger i Tavler, som cirkulerer iblandt Dem, — vedrørende 1) Fordelingen efter Kön, 2) Alderen, i hvilket Brokket opstod, 3) Brokkets Säde, 4) de fremkaldende Årsager, 5) Brok i Slægten,



6) Resultaterne med Hensyn til Helbredelse og 7) dennes Afhængighed af Alderen og 8) af Tidspunktet for Brakeriebehandlings Begyndelse.

Jeg indskrænker mig her til at supplere disse Oplysninger med nogle Bemærkninger angående enkelte Spørgsmål.

Det drejer sig her alene om Brok hos *Börn*, derfor om Ingvinalbrok, og derfor tillige for den langt overvejende Part om Drengene (nemlig af 208: 175 = 84 % Drengene, 33 = 16 % Piger); de tilhørte alle de fattige Samfundsklasser, fortrinsvis Arbejdsmandenes eller Daglejernes; og disse *Börn* behandlede gennem vor Klinik således:

Först lærte vi dem, d. v. s. Mödrene, at reponere omhyggeligt, sögte på forskellig Måde, som her ikke behöver at specificeres, efter almindelige kirurgiske Principer at fremskaffe Betingelserne, for at Brakeriebehandlingen kunde blive så effektiv som mulig, lærte dem at anlægge Brakeriet rigtigt, — og kontrollerede Forholdene ved at lade dem fremstille sig med bestemte Melleumrum.

*De späde Börn* give vi i de sidste År altid »blöde» Brokbånd. De små Fjederbrokbånd vare hos Pattebörn, for os som for andre, ikke til at holde in situ, vare — hvad enten de lakeredes eller bleve overtrukne med Kantshuk — så vanskelige at holde hele og rene, fremkaldte så mange Ulämper ved intertrigo og andre Hundaffektioner, at Brokbehandlingen med dem forekom os fuldständig illusorisk for vort Klientel; og vi opgav dem så meget lettere, efterhånden som vi bestyrkedes i den Mening, at vort »blöde» Bånd (»Retentionsbältet»), forfärdiget af Bandagist LUDV. OLSEN, kunde före til Målet.

Patienterne, som naturligvis have Bältet på uafbrudt, må have flere at skifte med; men i Regelen er det nok at give dem ét, der benyttes som Model. De bäre dem i Regelen, indtil deres Beholdning er slidt op; så var for de flestes Vedkommende med det samme Behandlingen afsluttet, som det vil ses af Tabellen, som er en Sammenstilling af de med »Bältet» behandlede Tilfælde, således som de forekom i Kliniken, i Regelen store, skrotale Brok, som i det hele taget vare de hyppigst forekommende hos vore Patienter.

Det endelige Udfald af Behandlingen er, som det fremgår af Tavlen, for disse späde Börn i det hele gunstigt, i det de fleste efter tilstrækkelig lang lagttagelsesfrist (fra 3 til 10 År) kunne betegnes som »helbredte». Men jeg skal lade uafgjort,



## 28 Börn under 1 År, behandlade med "Retentionsbältet".

Kön.	Brokkets Sida.	Slängt og Årsog.	Hvor længe Bælte?	Alder ved sidste Iagttagelse.		Resultat.
				År.	Helbr.	
1	Dext.	Faderen og Patis eneste Broder Brok. Ingen påviselig Årsog.	Til Bæltet var slidt op (1/2 År).	11	Helbr.	
2	Dext.	Intet påviseligt.	Til Bæltet var slidt op.	9	Helbr.	
3	Dupl.	En Broder har haft Brok (behandlet her).	Bærer bracherium endnu.	5	Ikke helbredet.	Venstre opstået i første Måned, da Bælte. Højre 1 År efter, da dobbelt bracherium. Iagttaget endnu og har Brok.
4	Dext.	En Broder hernin dext.	3 1/2 År Bælte, derefter bracherium.	1 1/2	—	Brokket kunde ikke holdes oppe ved Bælte, derfor brach. 12 Ar gl. — † (Årsog?) i 2det Leveår. For kort iagttaget.
5	Dupl.	Intet påviseligt.	Til det var slidt op.	3	Helbr.	
6	Sin.	Brok opstået under stærk Skrigen.	1 År (til det var slidt op).	4	Helbr.	
7	Dext.	Uoplyst.	—	4 1/2	—	Kun 2 Gange set. For kort iagttaget
8	Dupl.	Intet påviseligt.	—	1 1/2	—	Kun 1 Gaag set. >
9	Sin.	Opstået under vedholdende Skrigen.	—	9/12	—	>
10	Dupl.	En Broder har Brok.	—	9 1/2	—	† (i'nevmoni) i 1ste Leveår. >
11	Dext.	Atrofisk, skrigende Barn.	—	4 1/2	—	† (Atrofi) >
12	Dupl.	Intet påviseligt.	—	9/12	—	† (Meningit) > > >

Køn.	Brukkets Sæde.	Slægt og Årsag.	Hvor længe Bælte? ?	Alder ved sidste Jagttagelse.	Resultat.	Alder ved sidste Jagttagelse.
13 Dreng.	Dext.	Faderen og alle Pats 5 Brødre have Brok.	—	8 1/2	—	† (Krup) i 1ste Løveår.
14 Pige.	Dext.	Morfaderen og 1 Morbroder Brok.	1/2 År (til det var slidt op).	2 1/2	Usikkert helbredet.	
15 Dreng.	Dupl. + umbilical.	Intet påviseligt.	1/2 År (til det var itru).	4	Helbr.	
16 »	Dext.	Opstået under stærk Skrigen.	1/2 År, derefter 1 År Brokbånd.	3	Helbr.	
17 »	Dupl. + umbilical.	Skreg uafbrudt de 3 første Måneder, da Brok.	1/2 År.	3	Helbr.	
18 »	Dext.	Intet påviseligt.	3/4 År, til det var slidt op.	3	Helbr.	
19 »	Dupl. + umbilical.	Phimosis.	6/12 År.	3	Helbr.	Cirkumcision.
20 »	Dext.	Opstået under vedholdende Skrigen.	4 1/2 År, derefter Brokbånd.	2	—	Forsømmes i høj Grad (Moderen åndssvag). Endnu for kort jagtaget.
21 »	Dext.	En Farbroder har Brok.	Omt. 1/2 År.	1	—	Endnu for kort jagtaget.
22 »	Sim.	Intet påviseligt.	Bærer Bælte endnu.	1	—	»
23 »	Dext.	»	»	1	—	»

hvor meget af dette Resultat der skyldes »Bältet», og hvor meget den Omstændighed, at disse Patienter så jævnlig fremstilledes for Läge, hvilket medførte, at deres Bronkiter, Tarmaffektioner, Ernæringsfejl o. s. v. behandledes, for ej at tale om, at deres phimosis opereredes, deres hydrocele punkteredes o. s. v.

For ældre Børn brugte vi almindelige Fjederbrokbånd af »engelsk» Form, med de Variationer i Pelottens Vinkel til Fjederen, som nödvendiggöres af Barnets Alder og den deraf følgende Forskel i Brokportens Plads i Forhold til spina ilei ant. sup.; de vare tarvelige og solide; vi sørgede for, at de passede, reparerede dem, når de trængte, kasserede dem, når de blev for små, og udelod Lårremmen, når det lod sig gøre, hvilket i Regelen kan ske hos Børn.

På Grund af de periodiske Fremstillinger kunde Behandlingen i de enkelte Tilfælde rettes efter de individuelle Forhold; men gennemgående bruges denne Fremgangsmåde:

Behandlingen indledes altid med en (relativ kortere) Periode, i hvilken Brakeriet bæres stadigt (Dag og Nat); senere fjärnes det om Natten, men gives Barnet på om Morgenen, inden det står op. Passes nu Barnet ordentligt, og fremstilles det regelmässigt i nogle År, og er der hengået *mindst* ét År, siden Brokket er mærket fremme, og finde vi endelig ved Exploration af Brokporten i stående og liggende Stilling, at denne er lille og *fastrandet helt rundt*, så ordinere vi »forsøgsvis Ophör med Brakeriet», med bestemt Pålæg om öjeblikkelig Genanläggelse, hvis der skulde vise sig Brok. Holde Forholdene sig nu uforandrede i yderligere ét År, i hvilket Barnet altså slet ikke har båret braeherium, beholde vi Brokbåndet og betegne Patienten: »anses helbredet». — At vi naturligvis ikke tage denne Betegnelse absolut, fremgæer bl. a. af, at Patienten får Pålæg om vedblivende at fremstille sig, hvilket også for manges Vedkommende er iagttaget samvittighedsfuldt i 2, 3, ja der er dem, jeg har fulgt i 10 til 12 År.

Hermed have vi nået et Skema, hvori vi kunne indrubricere Resultater.

Disse kunne — i Henhold til det foranførte — kun fastslås, når Barnet har väret mindst tre År til Iagttagelse, — for så vidt angår Spørgsmålet om »Helbredelse» eller Ikke-Helbredelse. Og de findes fremstillede på *Table VI*.

*Helbredet* betyder, at Barnet 1) har været under Iagttagelse i *mindst* 3 År, af hvilke det *mindst* i ét (i Regelen længere) slet ikke har båret Brokbånd, og 2) at Brokket ikke har vist sig i *mindst* 2 År, samt 3) at Brokporten ved Exploration (stående og liggende) findes lille, rundagtig og fast-randet. Dette er Tilfældet med 49 Drengene og 5 Piger. (*Usikkert helbredede*) er 2 Piger og 6 Drengene, som ikke have været iagttagne et *fuldt* År uden bracherium.)

*Ikke helbredet* betyder, at Barnet har været under Iagttagelse i *mindst* 3 År (i Regelen længere), uden at de to andre Betingelser ere tilstede. — hvorfor det vedblivende holdtes under Brakeriebehandling (48 Drengene og 12 Piger).

*Uangiveligt* er Resultatet for dem, der ikke have været under Iagttagelse i tre År. — enten fordi de først ere indkomne i Löbet af de sidste År, eller fordi de ere anmeldte død, eller fordi de ere udeblevne og ikke have været til at opspørge (72 Drengene, 14 Piger).

Tallet på *helbredede* (5 Piger og 49 Drengene) er et minimum; ti i de to andre Grupper, især blandt de *udeblevne*, findes en Del, som i hvert Tilfælde selv mene sig *helbredede* og derfor ikke trængende til Brokbånd.

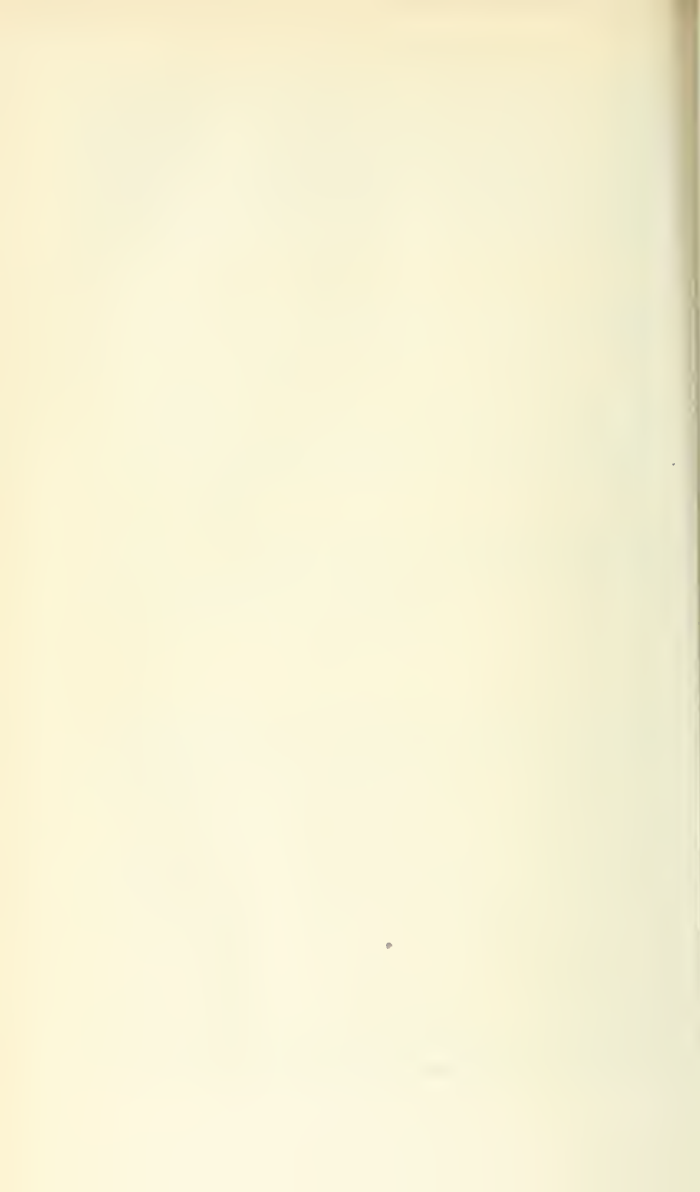
Brokbehandlingens Resultater kunne imidlertid ikke alene måles ved Tallet på dem, der kunne opføres som *helbredede*. Det kommer jo også an på, til hvilket minimum man kan reducere Farerne og Ulämperne eller Genen ved Läsionen.

I førstnævnte Henseende kan anføres, at ingen af vore Patienter, — så vidt vi have erfaret, — er *død* på Grund af Affektionen, og at vi heller ikke selv have oplevet noget Tilfælde af *Inkarceration* og ikke ved Forespørgsel have erfaret, at nogen sådan er behandlet på Hospitalsklinikkerne på nogen af vore Patienter.

Og i sidstnævnte Henseende (Gene, Ulämpe) skal kun anføres, at i de sidste 4 til 5 År lade vi alle vore Børn med Brok, — så vidt de ere i Skolealderen, — deltage i Skolegymnastiken, — naturligvis bærende deres godt passende Brokbånd. Derved have vi opnået både at stille disse Børn lige

med Kammerater i en for dem vigtig Henseende og, gennem Opövning af Mnskulaturen og Styrkning af den hele vitale Energi, at tilføre dem en Faktor, der ikke er uden Betydning for selve Affektionen. Også denne Foranstaltning er, ligesom det övrige, kontrolleret ved stadige Iagttagelser; for dennes Vedkommende ikke alene i Kliniken, men også i Kommuneskoler.





## Kastration for prostatahypertrofi.

Af

Dr. F. R A M M.

Tromsø.

At levere en begrundelse for at man søger efter nye og mere tiltredsstillende metoder, end dem der nu er gängse for behandlingen af prostatahypertrofi, synes lidet påkrævet. Om man gennemblader journalerne for en hospitalsafdeling, finder man en fast »kundereds», hvoraf prostatikerne udgør en ikke liden del. Journalerne viser som regel, at de er værre situerede for hver gang de søger hjælp, indtil kanske den hjælpende hånd afslutter deres lidelseshistorie enten ved en uheldig kateter, eller en eller anden radikal operation udført lege artis, men dog mere indgribende end en patients system kunde tåle, efter at modstandskraften var brudt, samtidig med at urinvejene i sin helhed var mærket af retentionen.

De talrige operative metoder, som er bragt i anvendelse, lærer også at ingen eukelt af dem har vist sig de andre absolut overlegen. MAC GUIN-PONCETS og HARRISONS fremgangsmåder holder vel for tiden terrænet, men begge gør patienten i en vis grad til invalid og ofte afhængig af fremmed hjælp, dertil kommer, at de ikke etablerer naturen veje for urinen; de er således på en måde kun palliative, selv om de lykkes, hvad de desværre altfor ofte ikke gør, idet de frembragte fistelåbninger ikke holder tæt, bortset fra andre ulemper.

Statistiken (heri ikke medtaget MAC GUIN-PONCETS operation, som synes forholdsvist ufarlig) viser også de operative fremgangsmåders ufuldkommenhed. 133 operationer (prostata-tomi og prostatektomi) har 12,8 % mortalitet og 28 % heldig

udfald. Disse 28 % må yderligere reduceres, hvis man opstiller som fordring på heldigt resultat, at den syge kan tømme sin blære efter ønske.

KEGES anslår mortaliteten til 25 %, MOULIN til 21 %, BELFIELD nævner 17,5 %. I sandhed meget vovet og lidet vundet!

For GUYON og hans elever står kateterbehandlingen som den suveräne. Et par sygehistorier meddeles i januarheftet 1895 og Ann. de malad. des organes genito-urin. af COLIN. I det ene tilfælde begyndte behandlingen d. 10/7 91; i febr. 1893 har man opnået, at patienten kan tømme sin blære; i det andet tilfælde varede behandlingen, såvidt ses, fra d. 22/11 93 til nov. 94, ligeledes med godt resultat. Man tør vel tage disse to sygehistorier som eksempler på, hvad skolen håber og venter af kateterbehandlingen.

Resultatet kan ikke være bedre; men er metoden praktisk anvendelig? Hvor mange af denne klasse syge er således situeret, at denne metodiske behandling kan effektueres, ledsaget af alle de forsigtighedsregler som kræves, for at den skal lykkes? Kateterbehandlingen er og blir selv i de bedste hænder et tveægget sværd. GUYON siger selv: *Le catheterisme, bien qu'il ne soit pas la seule cause de l'infection de l'appareil urinaire, en est l'agent le plus habituel; og föjer til: Le catheterisme, le mieux fait peut avoir été contaminieux.*

Hvad der ledede min tanke ind på muligheden af at kastration kunde medføre skrumpning af prostata, var naturligvis den analogi som findes mellem uterus og prostata, eller rettere mellem uterintumores og prostatahypertrofi, et forhold som først er påpeget af VELPEAU. Der indvendes, at uterintumores optræder netop under det virksomme kønsliv, i den kraftigste alder, og at man altid håber at deres væxt skal standse med menopausen. Prostatahypertrofien optræder i modsætning hertil først ved 55-årene, hos forholdsvis ældre folk. Dette er ingen indvending i mine øjne. Det antages at ovulationen står i forbindelse med svulstdannelsen, som vel således må være en abnorm følge af det virksomme kønsliv; uterintumores optræder hyppigst mellem 30—40-årene. Forholdet er præcis tilsvarende hos prostatikerne. Mandens kønsliv varer længere end kvindens, sjældnen indfinder prostatahypertrofien sig för 55-årene; alle medgiver vel, at en normal mand er avledygtig mange år efter den tid. Viser ikke hypertrofien sig för 70-årsalderen, indtræder den som regel ikke. Som regel tør vi vel anse køns-



livet som ophørt ved den alder. Beviser på det modsatte mangler visselig ikke, men så er det heller ingen regel uden undtagelse, at hypertrofien ikke optræder efter 70-årene.

Disse betragtninger bringer ingen klarhed over ätiologien; men de giver ideer til behandlingen.

Den den opfatning er kanske den almindeligste, at de Müllerske gange går tilgrunde hos det mandlige individ, med undtagelse af, at de danner sinus prostaticus (uterus masculinus), og MÖRGAGNIS hydatide. De som holder på denne anskuelse ser i prostata kun en del af pars prost. urethræ, d. e. mener at prostata har samme genetiske oprindelse som pars prost. urethræ. En af dem som har væsentlig bidraget til at fastslå en sådan opfatning er KÖLLIKER, som siger, at prostata först optræder i 3dje foetalmåned; men nu har prof. CADIAT i 2den måned allerede fundet den 3—4 mm. lang og 1 mm. tyk, og erklærer den fuldstændig uafhængig. Videre slutter MIHALKOVICS en række studier over genitalias udvikling med den erklæring, at de Müllerske gange udvikler sig på samme måde hos hannen som hos hunnen, kun med den forskel, at de ikke opnår den samme størrelse. Man finder efter ham de Müllerske gange igen i prostatas stroma og bindevæv.

Der findes således også tilhængere af den anskuelse, at prostata og uterus har samme embryologiske oprindelse.

Med den erfaring man har om kastrationens indflydelse på uterintumorer, ligger det derfor ikke så fjærnt at antage et lignende forhold for den forstørrede prostata.

Den intime forbindelse som eksisterer mellem testikler, prostata og vesiculæ seminales, illustreres ganske tydelig ved udviklingsanomalier og testiklerne.

Ved *monorchisme* finder man således, at på samme side som testikelen ikke er nedsteget i scrotum, er prostata liden og voxer ikke. Et tilfælde, refereret af BESANÇON, beskrives på følgende måde: I højre skrotalhalvdel er testis normal; venstre testis i fossa iliaea vejer med sin epididymis 5 gm; prostata er asymmetrisk, venstre halvdel mindre end højre. I et andet tilfælde var prostata  $\frac{1}{3}$  større på den side, hvor testis var normal.

Ved et tilfælde af *cryptorchismus* kunde hverken prostata eller vesiculæ seminales ved sektionen påvises.

Ved *kongenital mangelfuld udvikling* af den ene testis er også den tilsvarende halvdel af prostata standset i væxt. POTAIN

beskriver kongenital mangel af begge testes; prostata var lidet udviklet og gik næsten umærkelig over i blære og pars membranacea. Manden var 61 år.

En 43 års mand, gift, eneste börnlös af flere gifte søskende; hans hustrus gifte søskende havde børn. Hans testes var af størrelse som mandler, han plejede coitus med ejakulationsvædske og — fornemmelse. Prostata lod sig vanskelig udpalpere.

HARRISON har fundet atrofi af prostata ved sterilitet.

Denne atrofi af prostata ledsager også andre tilstande, hvor testes af en eller anden grund atrofierer, f. ex. efter orchitis, syfilis.

At prostata hos kastrerede dyr skrumpner eller standser i væxt, om operationen udføres tidlig, er et vel kendt faktum, så vidt vides først noteret af HUNTER. Ved svineslagteriet i Kristiania kendte slagterimesteren dette forhold.

Operationer, udført experimentelt på hunde, som også kan lide af prostatahypertrofi, fremkalder en skrumpning, som det synes i alle tilfælde, og hvad også bør bemærkes, denne skrumpning indtræder temmelig snart og tiltager med tiden; i hvilken udstrækning, har man vel endnu neppe nogen oversigt over.

CROIAU, GRUBER, BELHARZ og PELICAN har omtalt, de tre sidste også nærmere beskrevet, prostatas skrumpning efter dobbeltsidig kastration hos mennesker.

I april 1893 fik jeg ved dr. KLEMS velvilje anledning til at explorere en patient, der på grund af tuberkulose var dobbeltsidig kastreret 7 år i forvejen. Prostata lod sig vanskelig palpere. Manden var 70 år. Der er desværre ingen oplysninger om organets størrelse før operationen. Indtil fortsatte iagttagelser lærer os, hvor langt skrumpningen går, er tilfældet værdt at erindre. Manden var frisk og normal tilsyneladende i enhver henseende, så man skulde have lov til at vente, at hans prostata ved exploration lod sig påvise, særlig i hans alder.

I juli 1894 udførte jeg en enkeltsidig kastration hos en 46-årig og en 22-årig mand. Før operation blev prostata hos begge exploreret. Den var symmetrisk, jævnt, svagt hvælvet. 5 måneder efter undersøgtes atter begge patienter, da var den prostatahalvdel, som svarede til den fjærnede testikel, mindre og fladere end den anden.

18 juni 1895 kastreredes ensidig en 64-årig mand. Alle-rede dagen efter var prostata på tilsvarende side mindre.

Endelig har jeg haft anledning til at undersøge en ung mand, hos hvem ensidig kastration var udført. Prostata var også der tydelig asymmetrisk. For dette tilfælde gælder dog at der intet kændes til organets størrelse før kastrationen.

Hvorvidt underbinding af sædsträngen alene vil være tilstrækkelig til at bringe en atrofi af testis med prostata, tør jeg ikke påstå, endskönt der ikke mangler iagttagelser, som kunde pege i denne retning. Således beretter Cock om et tilfælde, hvor det ene vas deferens ved en operation blev beskadiget og oblitererede. Den tilsvarende testis atrofierede. Da nu erfaring viser at en atrofi af testis, betinget ved dyskrasier eller betændelser også virker på prostata, var det værdt et forsøg. GRIFFITH meddeler, at han ikke har iagttaget, at underbinding eller overskæring af vas deferens i nogen væsentlig grad påvirker testis, men lægger dog til, at han ikke er færdig med sine undersøgelser i så henseende. PELICAN nævner, at gennemskæring af vas deferens ikke altid medfører atrofi af testis og at man undertiden og det ikke sjældnere ser optræde *Vereiterung* oder *eiteriger Zerfall dieses Organs*. De forsøg, hvorpå han baserer denne kendelse, er imidlertid gjort i den før antiseptiske tid. Den samme nævner ligeledes, at når ven., arter. og nerv. spermat. underbindes eller komprimeres, så kan som en følge deraf indtræde atrofi af testis.

Støttende mig til teoretisk ræsonnement og forsøg på hunde, foretog jeg d. 3 april 1893 den første kastration; den næste gjordes d. 25 samme måned. Disse sygehistorier findes i en liden publikation, som udkom 1894, hvortil henvises. De var tidligere meddelt i *Centralbl. f. Chirurgie*.

To andre tilfælde har jeg ikke kunnet forfølge. Kun så meget har jeg bragt i erfaring, at patienterne blev udskrevne den ene 10 dage, den anden 41 dage efter operationen, og at der på det tidspunkt ingen forandringer var iagttagne på prostata. Jeg finder mig dog berettiget til at gøre opmærksom på, at journaltilforslerne er gjorde af to forskellige iagttagere. Senere savnes enhver oplysning om deres tilstand.

10 juli 1894 opereredes en 57-årig fisker, *castratio duplex*. Han opholdt sig på sygehuset 44 dage efter operationen; han plagedes slemt af en cystitis. Residualurinen vexlede mellem 90—30 Gm. Prostata var betydelig fladere ved udskrivningen.

5 måneder senere indeholdt hans blære *ingen residualurin*, nrinen var klar sur, gav med kali pusreaktion. Han havde i mellemtiden passet sit arbejde som landman og fisker i regn og frost, uden nogensinde at have haft vanskeligheder ved at lade vandet. Nærmere detaljer findes i Norsk Mag. f. Lægevid. jan. 1895. Samme hefte indeholder en sygehistorie, refereret af doctores KÖREN, Kristiania. Disse herrer har målt residualurinen 6 gange i august måned hos sin patient, som blev kastreret d. 18 juli. Disse 6 målinger viser, at residualurinen aftog fra 880 gm (2 aug.) til 125 gm (20 aug.); 18 okt. 20 gm, 11 nov. 15 gm.

Distriktslæge LUND, Alstahaug, har velvillig tilsendt mig følgende sygehistorie:

I. C. F. fra Vegö, 71 år gammel, indkom på Helgelands sygehus 26 april 1895. Der var to gange iforvejen i løbet af vinteren gjort bläretsik på grund af retention, i det kateterisation ikke lykkedes, og efter sidste gang havde han beholdt kateter i punktionsåbningen. Prostata kendtes ved indkomsten stor, fast, hvælvvet; dens övre rand kunde ikke nåes med den explorerende finger. Han kunde af og til lade höjst ubetydelig urin spontant.

30 april foretoges castratio duplex, hvorefter sårhelingen forløb normalt.

Blären skylledes ud med NELATONS kateter, under anvendelse af borvand og instillationer af nitr. argent. Indførelsen af kateter mislykkedes af og til, samtidig begyndte han at lade mere og mere urin spontant gennem urethra. I slutningen af maj fjærnedes kateteret fra punktionsåbningen.

22 juni skriver dr. LUND: hans befindende har stadig bedret sig; han lader nu urinen godt, og for et par dage siden fandtes ved kateterisation — der nu foregår med lethed — residualurinen at være omtrent 10 å 15 cem., ligesom cystiten er svunden.

Prostata kendes nu blödere og mindre, men dog temmelig stor, og den övre rand kan nu nåes med fingerspidsen.

Af andre refererede sygehistorier er jeg bleven opmærksom på følgende:

FROMONT SMITH: Annals of Surgery juli 1894.

FRANCIS HAGNER: Buffalo medical and Surgical journal marts 1894.

MEYER og HAENEL: *Annales des mal. des voies urinaires* NOV. 1894.

LÜTKENS, M. RECKETS, J. SWAIN: *Centralbl. f. Chir.* 23. 1895. — SWAIN gör utrykkelig opmærksom på at der ingen residualurin fandtes, da patienten hjenisendtes.

Der findes flere tilfælde publicerede, men jeg håber mine herrer undskylder at jeg ikke har været istand til at samle dem endnu, da postgangen er langsom og resourcerne små, så langt norden for polarcirkelen, som jeg bor.

Det er således bevist, mener jeg, at en hypertrofiert prostata skrumper efter castratio duplex, videre at enkeltsidig kastration medfører enkeltsidig skrumpning af prostata.

Et forsøg på at forklare factum, vil lede ind på ufrugtbar hypoteser. Så meget kan man vel forudsætte med analogien fra uterinmyomerne for øje, at skrumpningen af prostata efter kastration beror på forandrede nutritive og funktionelle principer, medens dens aftagen i volum, som følger f. ex. efter en partiel operativ borttagen af organet, eller efter en metodisk anvendelse af kateter ikke forandrer hypertrofisens grundbetingelse og således heller ikke sikrer mod at prostata igen kan begynde at voxe, og patientens lidelser begynde forfra. BOTTINIS og NEUMANN'S metoder rammes i end højere grad af denne indvending. Ligeledes er det sikkert, at der samtidig med skrumpningen, kortere eller længere tid efter operationen indfinder sig en lettelse i urinbesværlighederne. Jeg er fuldt opmærksom på, at en formindskelse af organet og en aftagen af symptomerne forövrig kan fremkaldes ved sengelejet og regimet, som operationen medfører. Men der indtræder en sekundær skrumpning, der såvidt jeg hidtil har kunnet følge den, især gör sig gældende i organets diameter antero-posterior, og denne skrumpning tror jeg fortsætter sig. Selv om den ikke gör det, er dermed ikke sagen tabt. Sektionsresultater såvel som kliniske undersøgelser viser til overflod, at der er en mængde mænd, som går omkring med en prostata, som man kalder hypertrofisk, og som dog aldrig har bragt sin bærer ulejlighed. Der må således i mange tilfælde komme et plus til, forat en tilstedeværende hypertrofi skal gøre vanskeligheder. Er dette plus repræsenteret ved den kongestion, som et par testikler ved sine funktioner påtvinger prostata, der deltager i deres arbejde? Hvis så er, bortfalder det sammen med testiklerne, og hypertrofien træder igen tilbage i sin ubemærkede uskadelighed.

Man kan ikke indvende, at det kun er, når hypertrofien i sig selv opnår en vis størrelse, at den gør fortråd. Vægten varierer som bekendt ikke så lidet. Med større grund kan man sige, at hypertrofien må udvikle sig i bestemte retninger. Men heller ikke denne regel holder god i alle tilfælde. Det må indrømmes, at sektionen viser prostata'r, som efter hypertrofiens såde burde have gjort vanskeligheder, uden at så har været tilfælde og omvendt. Blærens forhold er noget sekundært, en følge, ikke en årsag, men derfor ikke mindre vigtigt. Det er jo desuden en kendsgerning, at en akut fluxion, hvad nu grunden til den er, forværrer en prostatikers tilstand.

Skrumningen viser sig først i glandelsubstansen, senere i musklerne; dette forklarer vel lettest den hurtige palpable virkning, som operationen har på organets størrelse.

Prövestenen på behandlingens værd bliver blærens forhold, om den sættes istand derved til at tømme sit indhold sua sponte.

Der er rejst tvivl, om hvorvidt i det bele taget en dilateret, cystitisk mishandlet blære kan genvinde sin tonus. Noget sektionsresultat, som kan hæve tvivlen, er mig ikke bekendt. RECLIS refererer et sektionsfund, som rigtignok vedkommer en dilateret ventrikel, men som jeg dog tror fortjener at erindres, også i denne forbindelse. Det gælder en dilateret ventrikel med kankrøs stenose i pylorus. Der blev gjort gastroenterostomi. Et halvt år efter kom patienten til sektion. Ventrikelen havde da genvundet sin normale form og størrelse. Når en kancerkakektikers ventrikel på et halvt år kan undergå en sådan forvandling, kan vel også en prostatikers dilaterede og atoniske blære tænkes restitueret til henimod normalen.

En del af de 28 % helbredelser, som prostatotomien og prostatektomien roser sig af, kan vel også tages til indtægt for den anskuelse, at blæren, selv ilde medfaren, igen kan komme på fode. COLINS sygehistorier viser, at en systematisk kateterbehandling kan bringe samme resultat.

Dr. SWAIN og jeg selv har iagttaget, at residualurinen er forsvundet efter kastration. Doctores KÖREN og dr. LUND har set den efter nogle måneder reduceret til 10—15 gm. Jeg indrømmer at bevismaterielet ikke er righoldigt og heller ikke gammelt nok til nogen afgørende dom; men så meget tør dog påståes, at kendsgerninger til dato taler til fordel for kastrationen.

De COLINSKE sygehistorier beskrev en blære, som var yderst medtagen, atonisk og fyldt med en stinkende urin. Den endte med at kunne tømme sit indhold fuldstændig. De aktive forsøg, som stadig blev anstillede, efter at hindringen i urethra foreløbig var overvunden ved den metodiske kateterisering, tør vel have en betydelig andel i dette resultat, på samme måde som enhver anden muskel styrkes og restitneres ved træning. Behandlingen må således ikke anses afsluttet med kastrationen, der følges af komplikationernes symptomatiske behandling. Man ser rigtignok cystiten bedres i en påfaldende grad, endog overladt til sig selv, når kun hindringen i urethra er fjærnet.

Den ene af mine patienter forlod mig med en purulent urin, med svært bundfald. Fem måneder efter så jeg ham igen. Hans urin var da klar på det nærmeste; den gav rigtignok pusreaktion, men cystiten voldte ham ikke større bryderi, trods det, at den i mellemtiden ikke var bleven tagen det ringeste hensyn til. Det ligger nær at antage, at en for hyppig anvendelse af kateter i efterbehandlingen hindrer blæren i så hurtig grad at genvinde sin tonus, som den vilde have gjort, men den var tvungen til at overtage det væsentlige arbejde selv med at tømme sit indhold, og derved også til at øve op sin muskulatur.

Den hyppigste form af prostatahypertrofi er at midtre lap og en eller begge sidelapper forstørres. I sjældnere er det kun en, begge sidelapper eller midtre lap alene. Hvis det med nuværende eller fremtidige diagnostiske hjælpemidler bliver mulig med sikkerhed at påvise, hvilken lap der repræsenterer hindringen, har man lov til at tro, at enkeltsideg kastration vil føre til målet, så snart en af sidelapperne var sædet for hindringen. I et sådant tilfælde kan man tænke sig muligheden af, at operationen måtte udføres på den anden side på et senere stadium, idet prostata der kunde vedblive at øges til den alene blev en hindring for urinladningen.

Flere kolleger har meddelt mig, at de har foreslået kastration for sine prostatiskke patienter, men mødt afslag. Tanken virker afskrækkende! Ja, kan så være. Men mindre vanskelighed vil man sikkert møde, hvis man kan love patienten med nogenlunde sikkerhed, at det påregnede resultat vil indfinde sig, og det tror jeg vi allerede har lov til. Man må kun ikke love at besværlighederne vil være borte med det samme, han vågner af narkosen. Med statistiken i hånden for de andre



operative indgreb, kan man sandelig heller ikke love stort. 20 % mortalitet og omtrent samme tal helbredelser. Kastrationen er ufarlig, quoad vitam.

Kan man opnå det samme ved underbinding af sædsträngen eller enkeltsidig kastration, må alt psykisk afskrækkende rent forsvinde.

Et af spørgsmålene, som patienterne retter til lægen, er, hvorledes det vil gå med *potentia coeundi*. Den engelske kirurg COWPER kendte en kastrat i 29 år. Denne fortalte, at han de 12 første måneder efter kastrationen plejede coitus og derunder havde følelse af ejakulation. Senere kom erektionerne sjældnere og blev mere ufuldstændige, ligesom følelsen af ejakulation forsvandt. 10 år efter havde han i den sidste tid kun plejet coitus en gang. 20 år efter var slægtsvirksomheden endnu mindre.

HYRTL melder om et lignende tilfælde, hvor også *potentia coeundi* blev bevaret ledsaget af ejakulationsfølelse, et factum som muligens kunde hjælpe en vakkende patient til at bestemme sig.

Der er endnu ikke anledning til at ndtale nogen mening om, hvilke former af hypertrofien, der er mest påvirkelige af kastrationen, om de glandulære eller de muskulære, eller om begge lyder samme lov. Man kan vel i denne forbindelse minde om, at kastration hos kvinder er udført med godt resultat ved de forskelligste former af *uterintumores*, ligetil fibrocystöse svulster. De farer, som trues i form af oedemtromboser, embolier og lignende, kommer vel ikke i betragtning ved en kastration udført for prostatahypertrofi. Heller ikke skal frygten for de mentale aberrationer, iagttagne hos kvinden, afskrække fra operationen hos manden.

Dr. DÜRR har fra kliniken i Tübingen samlet 53 tilfælde af dobbeltsidig kastration udført for tuberkulose i epididymis, altså vel nær hos yngre mænd. I intet tilfælde har operationen trukket efter sig psykiske depressionstilstande.

---

Hvad *indikationerne* for kastrationen angår, så lader de sig på sagens nuværende standpunkt vanskelig opstille med den ønskelige skarphed.



VIGNARD har sat som indikationer for operative indgreb (d. e. prostatotomi og prostatektomi):

- 1) umulig indførelse af kateter;
- 2) en hindring, som ved operation kan fjernes.

For kastration, som en ufarligere operation, må udgangspunktet blive helt anderledes. Dens videste grænser må i særlig grad afhænge af patientens vilkår.

En prostatiker, f. ex., som bor i en by eller væg i væg med sin læge, bør kunne være nokså sikker, selv om besværlighederne har nået den højde, at en hyppig kanske daglig kateterisering er nødvendig for at få blæren nogenlunde tømt. Med forsigtighed hos lægen og disciplin hos patienten bør dette kunne gå godt, hvor længe det skal være.

Umuliggør en eller anden omstændighed et sådant daglig samarbejde, f. ex., lange afstande eller lignende, kunde man også i et sådant tilfælde, selv om kateter lod sig indføre uden vanskelighed, foreslå kastration. Det mangler ikke på eksempler, hvor selv en NELATONS kateter efter i ugevis ja månedsvis at have vandret sin vej ind i blæren uden fataliteter, en dag pludselig gør vanskeligheder, fremkalder stærke blødninger (GUYON) eller frysninger. Hvorledes skal dette undgås? At garantere derimod er umulig. Jeg nævner med forsæt infektionen sidst, fordi sandsynligvis den er den hændelse, som hyppigst skyldes en kunstfejl, og jeg forudsætter her, at alt sker lege artis: Skal en patient på egen hånd kunne i længere tid drive en hyppig kateterisering, må han have sit «laboratorium» i orden, med flere sæt instrumenter og trods alt lever han dog på en vulkan.

Hos patienter, hvor kateteriseringen flere gange daglig er nødvendig, tror jeg at kastrationen er den sikreste vej til at hjælpe patienten ud af hans byrdefulde tilværelse. Kateteriseringen bør fortsættes også efter operationen, til skrumpningen af prostata er så langt fremskreden, at den ikke længere sætter nogen hindring for blærens selvarbejde, som stadig bør opmuntres.

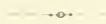
Om patientens nyrer skulde være medtagne af pyelit, danner det vistnok ingen kontraindikation mod operationen, som i nødsfald kan udføres under lokalanæstesi.

De i april 1893 kastrerede patienter er fremdeles i god stand, lade vandet 1 til 2 gange om natten og normalt om dagen.

Den først opererede viste at have 35 cem. residualurin.

Den sidst opererede kunde på opfordring ikke urinere. Han havde ladet vandet to timer tidligere. Blæren indeholdt 60 cem.

Tromsö d. 3<sup>1</sup>/<sub>7</sub> 95.



**Forhandlingerne**

ved

**Nordisk kirurgisk Forenings 2:det Møde**

i Kristiania 11—13 Juli 1895.\*)

Ved

**Overkirurg E. A. TSCHERNING,**

Foreningens Generalsekretär.

**I. Protokol over Forhandlingerne.**

*Torsdagen den 11 Juli*

Kl. 10—1 Fm.

I. Formanden Prof. NICOLAYSEN:

Jeg hilser Medlemmerne velkommen til den Nordiske kirurgiske Forenings 2:det Møde.

Allerede ved det første Møde i Göteborg, for 2 År siden, viste det sig klart, at der i de 4 nordiske Lande fandtes nok af kirurgiske Ävner, Kræfter og Erfaringer til at danne en Forening, som ved samlet og ihærdigt Arbejde måtte komme til at indtage en agtet Plads mellem alle de øvrige kirurgiske Selskaber, Foreninger og Kongresser i de store Kulturlande.

I de forløbne 2 År er der i flere Retninger af Foreningens Medlemmer, ad Fællesforskningens Vej, samlet Materiale og til Dels ndarbejdet Oversigter over kirurgiske Spørgsmål, der høre til, hvad man kalder Dagens kirurgiske Spørgsmål.

Nogle af disse ville blive refererede under Mødet.

Annældelser af Foredrag fra fremragende Kirurger i alle de nordiske Lande ere strömmede så rigeligt ind, at man deri har

\*) Manuskriptet inlemdadt till redsktionen af Nord. med. ark. d. 18 nov. 1895. Manuskriptet ankom till tryckeriet 19<sup>11</sup> 1895.

Beviset for, at vor nye Forening har skudt gode og dybe Rødder og har begyndt at tage god Væxt, så god, at man allerede nu kan forudse Vanskeligheder ved at finde Tid til at få høre alt det nye og interessante, som af Foreningens talrige Foregangsmænd bringes sammen til vore Møder.

Fra en underordnet og i det hele lidet anset Hjalperstilling har Kirurgien, især i vort Århundrede, kæmpet sig frem til en for Tiden vel håvdet Ligestilling inden Lægekunstens Grene, og går det fremad som hidtil, må Kirurgien almindelig blive anerkendt som et af Lægevidenskabens Førsterangsfag.

Af den næsten forbitrede Modstand, som endnu hist og her fornemmes fra den indre Medicins Repræsentanter imod, hvad der benævnes: Kirurgiens Overgreb på deres eget, anerkendte Område, skulde man være tilbøjelig til at tro, at Kirurgien allerede har vundet sin Sejer; ti Modstanden har i flere af Invasionsgebeterne en umiskendelig Lighed med den politiske Chauvinisme i nys erobrede Provinser.

Men for at bevare sin fremragende Stilling må Kirurgien, støttet til omfattende Kundskaber i alle Medicinens Grene, altid skride frem med al mulig Omhyggelighed og Forsigtighed, vogtende sig for Overmod, der, her som allesteds, må frembringe Nedgang og Fald.

Vi vide alle, hvad der først hjalp Kirurgien til dens uvåntede sejrige Fremgang. Det var Antiseptiken, og med Rette var det vor Forenings første officielle Handling at sende Hilsen til Sir JOSEPH LISTER. Alt tyder imidlertid nu på, at Aseptiken har overtaget Arven, og at Efterfølgeren ikke vil blive mindre mægtig end Forgångeren til at sikre Held og Fremgang.

Med Ønsket om, at Fremskridt i alle Retninger må blive Resultatet af de enkelte Medlemmers Arbejde og vore fælles Overlægninger, erklærer jeg den Nordiske kirurgiske Forenings 2:det Møde for åbnet.

Jeg giver Ordet til Generalsekretären, som vil meddele Beretningen.

## 2. Dr. TSCHERNING:

Siden Foreningen havde sit første Møde i Göteborg for 2 År siden, har det vist sig, at den Tanke, som førte til Foreningens Dannelse, var en sund Tanke, idet Antallet af Medlemmer har været stigende. Som de Herrer erindre, vedtoges ved forrige Møde at foretage en Fællesforskning over nogle Ånner,

hvis Behandling lagdes i Hænderne på bestemte Komiteer; nogle af disse Komiteer have arbejdet på allerede ved dette Møde at kunne fremlægge et Resultat af Fællesforskningen—*Narkosespørgsmålet og Brokradikaloperationen*. Skemata og Fremgangsmåde ved Udarbejdelsen af Statistik over Spørgsmålet om *tuberkulöse Goniter og Koriter* ere tilvejebragte og udsendte. Desuden er der gjort Forarbejder til Fællesforskningen over Suturmateriale og Metode ved Laparotomier, medens Komiteen for Myombehandlingen, så vidt jeg ved, foreløbig har stillet dette Spørgsmål i Bero.

Angående Optællingerne ved de store Spørgsmål har man hist og her set sig i den Nødvendighed at se bort fra Materialer af Betydning, fordi man ikke har haft nogen Bemyndigelse til at give Honorarer ud til det mekaniske Arbejde ved disse Optællinger; men Bestyrelsen mener at turde have en slig Bemyndigelse og vil, hvis der ikke rejses Indvendinger derimod, benytte den, sa vidt Midlerne slå til.

Ligesom ved forrige Møde har man denne Gang søgt og efter de forskellige Landes Skik faet indrømmet Prisnedsættelser på Jærnbaner og d. foren. Dampskibsselskabs Skibe; men på Grund af de store Afstaude har man muligvis ikke kunnet nå at forsyne alle Medlemmer med de fornødne Legitimationer.

M. H. t. Beretningen fra forrige Møde skal jeg meddele, at dens Udgivelse trak noget længere Tid ud, end det var ønskeligt, for en Del foranlediget ved den sene Fremkomst af Referaterne fra Foredragsholderne og de i Diskussionerne deltagende. Det må håbes, at Manuskripterne denne Gang ville indgå hurtigere. Det vil for at fremskaffe Beretningen i god Tid være nødvendigt, at de Deltagere i Forhandlingerne, hvis Manuskripter ikke indkomme i Tide, finde sig i ikke at få deres Udtalelser optagne; selvfølgelig skal jeg efter Ävne bestræbe mig for at få Referater gennem Sekretärerne. Af Referatet for forrige Møde er der en Del Exemplarer tilbage. Disse ere til Disposition for de Medlemmer, der enten — ved et Uheld ved Forsendelsen — intet Exemplar have fået, eller som ere ny indtrådte efter Udsendelsen. En Liste for dem, der ønske at få slige Exemplarer, findes fremlagt i Bureauet.

Siden forrige Møde er Medlemsantallet fra 137 voxet til 162, altså tiltaget med 25, idet indtil i Dag<sup>1)</sup> 29 nye Medlem-

<sup>1)</sup> Fortegnelsen over Medlemmer er over dem, der fandtes ved Mødets Afslutning.

mer have indmældt sig og 3 have udmældt sig. Desuden have vi at beklage Tabet af Dr. Lasaretslæge FRYKMANN, hvis faglige Dygtighed ikke mindre end hans kollegiale Sindelag gjorde ham til en velset Deltager i vore Møder, så at jeg tør udtale, at vi alle føle hans Død som et Tab. (Medlemmerne rejste sig).

Jeg har endnu et Par rent forretningsmæssige Bemærkninger. Der refterer endnu nogle Medlemskontingenter for forrige Møde så vel som for dette Møde. Hvad der endnu ikke er indgået af Kontingenter, kan betales i Bureauet, og hvad der enda skulde restere, vil blive indkrævet i Efteråret. Det er ganske vist noget sent at indkræve de for 1893 resterende Kontingenter; men jeg tør dog muligvis bede de Herrer, der ikke have betalt, om at betale i Bureauet.

På Bestyrelsens Vegne skal jeg meddele, at der er taget Bestemmelse om ligesom i 1893 at tilstå  $\frac{1}{4}$  Time til hver Foredragsholder.

Bestyrelsen har i Henhold til Vedtægterne til Viceformænd valgt Prof. AF SCHULTÉN og Prof. J. BERG.

Bestyrelsen foreslår at vælge til Sekretærer ved Mødet de Herrer Dr.s J. BORELIUS, GRANBERG, J. NICOLAYSEN, T. RØVSING.

3. Til Sekretærer valgtes de 4 Herrer, der vare foreslåede af Bestyrelsen.
4. Overläge LINDH meddelte Resultaterne af Fællesforskningen angående kirurgisk Narkose (Komité: LINDH, Formand; JOH. NICOLAYSEN, SCHEPELERN, AF SCHULTÉN). (Se Nord. Med. Arkiv, 1895, N:r 23).

#### Diskussion:

Dr. ENGDAHL (Kalmar).

Prof. J. BERG,

» AF SCHULTÉN,

Overläge SCHEPELERN.

5. Vedtoges AF SCHULTÉNS Forslag at fortsætte Narkosefællesforskningen.
6. Resultaterne af Fællesforskningen angående Radikaloperation for Brok. Komité: (NICOLAYSEN, Formand; BORELIUS, LINDÉN, STUDSGAARD). (Se Nord. Med. Ark., 1895, N:r 24).

Redogørelse lemnades af:

Prof. AF SCHULTÉN,

Dr. KR. POULSEN,

J. BORELIUS,

Prof. J. NICOLAYSEN.

7. Dr. S. LEVY: Iagttagelser af Ingvinalbrok hos Börn.

Diskussion:

Dr. NAUMANN.

» LEVY.

8. Dr. NAUMANN: Ett fall af astragalus-fraktur.

Diskussion:

Prof. J. BERG,

» ASK.

---

Kl. 2—4 Em.

9. Overkirurg TSCHERNING: Frakturbehandling med Spaserebandage.

Diskussion:

Dr. BORELIUS,

» BERGH,

Prof. BERG,

Dr. WEIS.

10. Dr. HJ. SCHJÖTZ: Trepanation af proc. mastoid.

Diskussion:

Prof. UCHERMANN,

Dr. SCHJÖTZ,

Prof. UCHERMANN.

11. Professor UCHERMANN: Mastoiditens Diagnose og Indikationerne for operativt Indgreb.

Diskussion:

Dr. SCHJÖTZ.

12. Dr. K. POULSEN: Tilfælde af purulent Sinustrombose.

Diskussion:

Prof. UCHERMANN,

» LENNANDER,

» UCHERMANN.

13. Overlæge T. AASER: Intubation kontra trakeotomi.

Diskussion:

Prof. UCHERMANN,  
Overlæge AASER,  
Prof. UCHERMANN,  
Overlæge AASER.

*Fredagen den 12 Juli*

Kl. 10—1.

1. Dr. JOH. NICOLAYSEN: Enteroanastomose.

Diskussion:

Dr. BORELIUS,  
TSCHERNING,  
MALTHE,  
Prof. J. BERG,  
Dr. TSCHERNING,  
MALTHE.

2. Dr. BORELIUS: Operativ behandling af dilatatio ventriculi

Diskussion:

Dr. NICOLAYSEN,  
MALTHE.

3. Professor ENGSTRÖM: Tarmparalysi efter laparotomi.

Diskussion:

Prof. SALIN,  
ENGSTRÖM.

4. Dr. NAUMANN: Om peritonealtuberkulos.

Diskussion:

Dr. BORGGREVINCK,  
» BERGH,  
» SÖDERBAUM,  
NAUMANN,  
BORELIUS.  
Prof. NICOLAYSEN,  
Overlæge SCHEPELERN,  
Dr. NAUMANN.



Kl. 2—4 Em.

5. Dr. H. STRÖM: Bidrag til Galdevejenes Kirurgi.

Diskussion:

Dr. WEIS,  
 » JERVELL,  
 » STRÖM.

6. Professor HEINRICIUS: Om pancreascystor och deras kir. behandling.

Diskussion:

Dr. MALTHE,  
 » LINDH,  
 Prof. BERG,  
 » HEINRICIUS,  
 » BERG.

7. Dr. T. ROVSING: Den patol. Betydning af bacterium coli commune for Urinvejene.

*Lördagen den 13 Juli*

Kl. 10—1.

1. Dr. WARHOLM: Prostatectomia lateralis vid prostatahypertrofi.  
 2. Dr. RAMM: Kastration ved Prostatahypertrofi.

Diskussion:

Dr. STRÖM,  
 » MALTHE,  
 Prof. NICOLAYSEN,  
 » BERG,  
 Dr. RAMM,  
 » WARHOLM,  
 Prof. AF SCHULTÉN.

3. Professor J. BERG: Om reftbenskondrit från klinisk synpunkt.

Diskussion:

Dr. BERGH,  
 » EKEHORN.

4. Professor AF SCHULTÉN: Plastiska operationer afseende att fylla benhålur i femur.

5. Dr. MALTHE: Om Ganespaltens operative Behandling.

Diskussion:

Dr. NAUMANN,  
 » MALTHE.

## Kl. 2—4 Em.

6. Dr. RODE: Abortens Behandling.

## Diskussion:

Prof. HEINRICIUS,  
Dr. RODE.

7. Dr. STRÖM: Om Behandlingen af Uterusfibromer med specielt Hensyn på den abdominelle Totalexstirpation.

## Diskussion:

Prof. SALIN,  
Dr. STRÖM,  
Prof. HEINRICIUS,  
Dr. MALTHE,  
Prof. ENGSTRÖM,  
Dr. STRÖM,  
» BRANDT.

8. Generalsekretären (Dr. TSCHERNING) aflægger Regnskab, som godkendes.

9. Til Formand for næste Møde, som fastsættes til
- Helsingfors*
- 1897, valgtes Generaldirektør SALTZMAN.

10. Til Medlemmer af Bestyrelsen valgtes de Herrer:

Prof.	AF SCHULTÉN	(32 St.),
»	STUDSGAARD	(32 »),
Overlæge	BLOCH	(32 »),
Dr.	MALTHE	(31 »),
Prof.	ASK	(30 »),
»	LENNANDER	(29 »),
Dr.	JERVELL	(28 »),
Prof.	HEINRICIUS	(21 »).

11. Professor AF SCHULTÉN: Hårboll uttagen från magsäcken.

12. Professor NICOLAYSEN erklærede Programmet for udtømt og sluttede Mødet.

Dr. STRÖM udtalte Foreningens Tak til Formanden.

## II. Referat af Forhandlingerne.

Overlæge LINDH meddelte Resultatet af Fællesforskningen angående kirurgisk Narkose (se Bilag I).

Lasarettsläkare ENGDAHL: Då jag icke haft tid att deltaga i samforskningen rörande narkos, ber jag nu att få yttra mina åsikter rörande eteriseringen, så mycket hellre som jag använt den samma i minst 2,000 fall och länge eguat den synnerlig uppmärksamhet. Måhända synes det vara öfverflödigt att påpeka, att den eter, som bör användas till narkos, skall vara ren; men det är likvisst högst nödvändigt, ty faktiskt är, att den eter, som i allmänhet säljes på apoteken, är alldeles olämplig till här afsedda ändamål. Först på senare åren hafva kemisterna och andra sakkunnige på de stora fabriker, som tillverka eter, sysselsatt sig med mera djupgående studier öfver eterens föroreningar och dessas upptäckande. Sålunda har D. THOMS uti Pharmaceut. Gesellschaft i Berlin d. 1 nov. 1894 hållit ett föredrag, grundadt på undersökningar, gjorda dels vid Scheringska fabriken och dels i hans eget laboratorium. De slutsatser, till hvilka man sålunda kommit, sammanfattar han ungefär så här: Det är ändamålslost att sätta alkohol till etern för att göra honom bättre hållbar; eter till narkos skall skyddas för ljuset och förvaras i väl fyllda flaskor; om 20 kem. eter får frivilligt af dunsta ur en glasskål, måste det uppkommande fuktiga beslaget vara luktfritt och fuktadt blått lackmuspapper får däraf icke hvarken rodna eller blekas; öfvergjuter man några droppar af en 10 % ferrosulfatlösning med eter och tillsätter några droppar natronlut, får inom en minut vätskan icke brunfärgas.

Att oren eter verkligen medför olägenheter har jag själf erfarit. För en del år sedan märkte jag under någon tid, att de patienter, som söfdes, hostade ovanligt mycket, blefvo blåa i ansiktet och hade svårt att somna. Sedan etern rektificerats öfver kalihydrat gick söfningen lätt och ledigt som vanligt. Föroreningen var här sannolikt aldehyd. Att en nybörjare, som råkar ut för sådan eter, genast upphör med eterisering, finner jag helt naturligt. Den Scheringska æther absolutus är emellertid pålitlig.

Mitt tillvägagångssätt vid eterisering är följande:

Om jag eteriserar på morgonen, skall pat. vara fastande. Eteriseras pat. på eftermiddagen, får han därförinnan ingen middagsmåltid, men inöjligen en kopp te. Morfin förut har jag aldrig använt. Etern gjutes alltid — till 50—75 gm åt fullvuxna — på en svamp i en handduksstrut, som är omsluten af oljeduk, hvilken senare fästes vid handduken med säkerhetsnålar. Struten föres långsamt närmare och närmare till ansiktet. Att genast trycka en eterstrut fast till ansiktet

är brutalt och tvingar pat. endast till motstånd. Vanligen låter jag under söfningen fullvuxna räkna högt 1 till 2 o. s. v., under det jag tillser, att de därunder andas lugnt t. ex. vid hvar 5:te siffra. Barn få säga efter, hvad jag säger före, såsom ett äple, 2 päron o. s. v. med begagnande af för barnasinnets kära föremål. När vi då hunnit till 20—25 små lam, karameller eller änglar, går det vanligen ej att räkna längre, och snart sofver den lille. Finna barn, som stundom bänder, eterlukten mycket obehaglig, byter jag snart ut etern med kloroform. Det samma gör jag äfven, om äldre personer reagera häftigt mot den samma, hosta mycket, slänga sig och hafva svårt att somna. Så snart ombytet då skett, somnar pat. vanligen mycket snart. I sammanhang härmed vill jag fasta uppmärksamheten på, att om patienter, som söfvas med kloroform och hafva svårt att somna, slippa kloroformen och få eter i stället, somna de vanligen mycket lättare. För öfrigt tillsäger jag pat. att icke ligga och svälja; etern orsakar nämligen ofta stark salivafsöndring, och svälja pat. ner saliven kommer den snart upp igen, och detta vållar afbrott i söfningen, som då naturligtvis tarvar längre tid. I allmänhet anse pat., som förut söfts med kloroform, att insommandet är behagligare med den senare än med eter. men att uppvaknandet är mycket angenämare, om eterisering användts.

Väl anger statistiken, som vi nyss hört, att kräkningar förekomma i större procent vid eterisering än vid kloroformering. Dessa kräkningar bestå dock hufvudsakligen uti nersväljdt slem och upphöra vanligen efter en liten stund eller ett par timmar. Det är en mycket väsentlig skillnad mellan kloroformering och eterisering, just i detta hänseende till favör för eteriseringen. Efter uppvaknandet ger jag pat. intet annat att förtära än möjligen te och, om kvalningarna äro besvärliga, fosforsyrelösning.

Något dödsfall till följd af eteriseringen har jag icke haft; *icke håller hur jag haft några afsevärda komplikationer från respirationsorganen.* Om jag i detta senare hänseende har en annan erfarenhet än en del utländska kolleger, så är att märka, dels att jag bemödat mig om att använda ren eter och dels icke använder kväfningsmetod eller särskilda masker utan begagnar den enkla struten, dels äfven att jag utbyter etern mot kloroform, om pat. hostar mycket; jag gör detta senare så mycket hållre, som jag anser eteru stimulera hjärtat, och att hjärtat därför efter någon stunds eterisering bättre motstår kloroformens deprimerande inflytande. Däremot använder jag icke kloroforminandning som inledning till eteriseringen. Skälet härtill är, att många dödsfall hafva inträffat strax i början af kloroformeringen, till och med efter endast några få inspirationer af kloroformgasen.

Professor J. BERG bad att få påpeka tvänne uppsatser i svenska litteraturen om efterverkningar på njurarna af narkos; af ZACHRISON och af ANDERSON.

Overläge SCHEPELERN: Da Fremtrækningen af Underkåven under Narkosen ved de almindelig anvendte Esmarch'ske eller Heiberg'ske Håndgreb i adskillige Tilfælde volde Vanskeligheder, navnlig når dette,

som hos os, skal foretages af ikke lægekyndige Personer, fik jeg Lyst til at prøve den Reverdin'ske Käbeholder, som jeg havde set anvendt på Overläge BLOCUS Afdeling.

Denne passer imidlertid kun til voksne, idet Afstanden mellem den Gren af Instrumentet, der anbringes bag Underkåven, og den, der anbringes under Hagen, ikke kan forandres. Foruden andre Småmangler har den også den mindre heldige Egenskab på Grund af sin Konstruktion at være temmelig dyr, hvilket altid er uheldigt for Udbredelsen af et Instrument, som kan undværes. (Reverdin's Instrument fremvises.)

Jeg modificerede da dette Instrument således, at jeg opgav Hængselet og indrettede Instrumentet således, at Afstanden mellem Mundgrenen og Hagegrenen kunde forøges og formindskes ved, at de glide mod hinanden. Tillige tilføjede jeg på Hagegrenen nogle Riller, for at denne mindre let skulde glide mod Hagehuden under Fremtrækningen.

(Instrumenter og Tegning deraf fremvises.)

Professor AF SCHULTÉN foreslog, at man fortsatte Narkosefællesforskningen. *hvilket vedtoges.*

**Fællesforskning angående Radikaloperation for Brok** (Prof. AF SCHULTÉN, Dr. K. POULSEN, Dr. J. BORELIUS, se Bil. II. Særtr. fra Nord. Med. Arkiv, Nr 24).

**KR. POULSEN: Redegørelse for de danske Tilfælde af Radikaloperation for Brok i Årene 1890—94.**

Der indkom Beretninger om 331 Hernier (127 ikke inkarcerede og 204 inkarcerede), der indeltes i følgende Grupper:

Ikke inkarcerede	{	H. ingvinal ext. non incarc.	
		Kvinder . . . . .	16 Tilfælde
		Mænd . . . . .	74 »
		H. crural. non incarc. . . . .	34 »
Inkarcerede.	{	H. lineæ albæ non incarc. . . . .	2 »
		H. umbilical. non incarc. . . . .	1 »
		H. ingvinal. ext. incarc.	
		Kvinder . . . . .	19 »
		Mænd . . . . .	49 »
		H. crural. incarc. . . . .	132 »
		H. umbilical. incarc. . . . .	4 »

Om 159 opererede haves senere Efterretninger.

*H. ingvinalis ext. non incarc. hos Kvinder.* 16 Hernier hos 14 Patienter. 1 Pat. døde 12 Dage efter Operationen, sandsynligvis af Lungeemboli; der er ingen Sektion; men Såret var helet, og Forløbet havde været ukompliceret. Der haves Oplysninger om 13 Tilfælde, af

disse var 11 recidivfri, 2 havde Recidiv. Recidivfrihed var konstateret for 6 til 60 Måneder. Operationen var udført ved Afbinding af Broksækken og Sammendragning af erura ved mere eller mindre dybtfattende Suturer. Det ene Recidivtilfælde indtrådte efter 24 Måneders Forløb hos en ældre Kone, hvor Brokporten havde været passabel for 2 Fingre, Lukningen var sket med Silke, og Forløbet havde været ukompliseret. Det andet Tilfælde viste sig hos en 27-årig Bondekone efter 18 Måneders Forløb; her var Brokporten kun passabel for Fingerspidsen; der var syet med Katgut. Blandt de recidivfri var Katgut anvendt i 8 Tilfælde, Silke i 3. At den ældre Kone fik Recidiv, kan måske forklares af den store Brokport; det drejede sig end videre om et meget gammelt Hernie; også det andet Recidivtilfælde fandtes ved et gammelt Brok; her havde Patienten, en Husmandskone, strängt Arbejde efter Operationen; hun bar ikke bracherium efter denne.

*H. ingv. ext. non incarc. hos Mænd.* 74 Hernier hos 68 Patienter. 2 døde [1. 56-årig Mand med stort Skrotalhernie, hvori Tyndtarm og Oment; på Grund af Adhærener foretoges castratio; Temp. steg, og mors indtrådte Dagen efter Operationen; ved Sektionen fandtes begyndende peritonitis. 11. 51-årig Mand med immobilt omentalt Skrotalhernie; der kom Flegmone i Såret (Katgutinfektion); død pludselig 8 Dage efter Operationen; ved Sektionen fandtes embolia art. pulm. og septiske Tromber i plexus pampiniformis]. Mortalitetsprocenten altså 2,7. Operationen er udført 1) med simple Suturer på erura, hvorved disse ere dragne sammen, 2) ad modum Bassini, 3) ad modum Macewen. Efter den første Metode ere 69 Hernier opererede; der haves Efterretninger om 31, heraf 20 recidivfri, 11 have fået Recidiv, i Almindelighed efter 1 Års Forløb. I Regelen har det hos de sidstnævnte drejet sig om gamle Hernier, hvor Brokporten var passabel for 1 til 2 Fingre; Sutmaterialet synes ikke at have spillet så stor Rolle: Katgut leverer 11 recidivfri, 6 Recidiver; Silke 7 recidivfri og 5 Recidiver; ej heller Anvendelsen af bracherium efter Operationen; med anvendt Brokbånd have 5 været recidivfri, 3 fået Recidiv, uden bracherium have 15 holdt sig recidivfri, 8 fået Recidiver. Efter BASSINI ere 4 Patienter opererede; om 2 haves Efterretninger; bægge fik Recidiv inden  $\frac{1}{2}$  Års Forløb; det var gamle store Hernier med en Brokport, passabel for 2 Fingre; det ene fandtes hos en 60-årig, det andet hos en 80-årig; i bægge Tilfælde var anvendt Katgut. Kun 1 Hernie er opereret efter MACEWEN; der kom Recidiv efter 4 Måneders Forløb ved en stærk Anstrængelse (Pat. var Smed); der var anvendt Silke, og Pat. gik ikke med Brokbånd.

*H. crural. non incarc.* 34 Hernier hos 8 Mænd og 26 Kvinder, ingen døde. Operationen er udført 1) ved simpel Afbinding af Sækken og Lukning af Hudsåret ved Etagesuturer eller ved dybtfattende Suturer, 2) med Suturer direkte på Brokporten. Uden Suture ere 26 Hernier opererede, om 11 haves Efterretninger: 10 recidivfri (1 Mand og 9 Kvinder), 1 fik Recidiv i 6te Måned efter Operationen; det var et gammelt Hernie hos en 39-årig Mand, Brokporten passabel for Fingerspidsen; måske har hans Arbejde som Jordbruger disponeret til Reci-

divet; der var lukket med Katgut, og han har ikke braeherium; men det samme har været Tilfaldet med en Del af de recidivfri Tilfælde.

Med Sutur på Brokporten ere 8 opererede; om 5 haves Efterretninger; alle have holdt sig recidivfri. Lukningen er i 2 Tilfælde sket ved, at fascia pectinea er sutureret (med Katgut) til lig. Poupartii, i de andre 3 er en Snip af fascia pectinea dissekeret fri og hæftet til Ligamentet, også her anvendt Katgut; i det ene Tilfælde medgaves braeherium, i de andre ikke. Brokporten var i alle Tilfælde kun passabel for Fingerspidsen.

Ved de 2 Tilfælde af *hernia lineæ albæ non incarcerated*. har det drejet sig om små Hernier; om det ene haves Efterretning; det har holdt sig recidivfrit, der var lagt Suturer på Brokporten.

Kun 1 ikke inkarcereeret Umbilikalhernie er opereret; det var på et 1 Års Barn og var kun af ringe Størrelse; der er ikke indtrådt Recidiv (24 Måneder).

*H. inguinal. ext. incarcerated. hos Kvinder.* 19 Hernier, ingen døde. Med Suturer på Brokporten, hvorved crura ere dragne sammen, ere 17 Tilfælde opererede; kun om 5 haves Efterretninger: 4 recidivfri, 1 Recidiv, det var hos en 61-årig Kvinde; der kan ikke påvises nogen bestemt Årsag til Recidivet. Uden Sutur på Brokporten ere 2 Tilfælde opererede, bægge have holdt sig recidivfri.

*H. inguinal. ext. incarcerated. hos Mænd.* 49 Hernier, heraf 10 døde. Operationen er udført 1) uden Sutur på Brokporten, 2) med mere eller mindre dybtfattende Suturer på crura, 3) ad mod. BASSINI. Uden Sutur ere 18 opererede, 1 er død (5 Dage efter Operationen af peritonitis, fremkaldt ved Perforation af den reponerede Tarmslynge). Om 11 haves senere Efterretninger, 6 recidivfri, 5 Recidiver. Det har drejet sig om Hernier, hvor Brokporten var passabel for 1 til 2 Fingre, om Hernier, der have været tilstede i mange År, hos ældre Folk, i 2 Tilfælde endog hos meget gamle, altsammen Momenter, der nok kunde betinge et Recidiv; i 3 Tilfælde var anvendt Katgut, i 2 Silke; de 4 havde fået braeherium efter Udskrivningen, den 5te derimod ikke.

Med Suturer på crura ere 28 opererede, deraf 9 døde. I intet af disse 9 Tilfælde kan dog Døden siges at skyldes den anvendte Operationsmetode. 4 ere døde kort efter Operationen af peritonitis, der var tilstede inden Herniotomien; 1 er død kort efter Operationen af Kollaps (universel Arteriosklerose, 75-årig Mand), 1 er død af delir. tremens, 2 af pectoralia 8 til 9 Dage efter Operationen, 1 endelig af Hæmatemese, 9 Dage efter Herniotomien, der forløb ukompliceret. Af de levende haves Efterretninger om 18: 9 recidivfri, 9 Recidiver. Recidivet er i de fleste Tilfælde indtrådt efter  $\frac{1}{2}$  Års Forløb; det har i Regelen drejet sig om ældre Folk med middelstore og store Hernier, der have været tilstede i flere År; i 5 Tilfælde er anvendt Silke, i 4 Katgut; Sårforløbet har 8 Gange været aseptisk, i et Tilfælde kom Snpuration; 5 Gange er medgivet Brokbånd, 4 Gange ikke.

Efter BASSINI ere 3 Tilfælde opererede, ingen døde. Om 2 have Efterretninger; intet Recidiv, der er dog kun forløbet  $\frac{1}{2}$  År, Katgut var anvendt som Suture.

*II. cruralis incarc.* 132 Hernier hos 131 Patienter [122 Kvinder (1 dobbelt Kruralhernie) + 9 Mænd]. 12 døde. Operationen er udført 1) ved simpel Afbinding af Sækken og Lukning af Hudsåret enten ved Etagesuturer eller ved dybtfattende Suturer, 2) ved Suturer på Brokporten. Uden Suture på Brokporten ere 105 Hernier opererede; heraf ere 10 døde; af disse sidste er der 2 Tilfælde, hvor Døden måske kan sættes i Relation til Operationen; der kom profus Suppuration i Såret, der bage Gange var lukket komplet; Patienterne døde under stigende Temperaturer; måske har det her drejet sig om sepsis. I de andre Tilfælde skyldes Døden ikke den anvendte Operationsmetode; 5 Patienter ere døde af Kollaps og peritonitis, som var tilstede før Operationen, 1 er død af peritonitis, fremkaldt ved senere opstået Perforation af den reponerede Tarm, 2 gamle Folk ere endelig døde af pectoralia.

Af de levende have Efterretninger om 44 Hernier (41 Kvinder og 2 Mænd); af disse have 29 været recidivfri og 15 fået Recidiv. Også her drejer det sig gennemgående om ældre Folk; Herniet har i Regelen været tilstede i mange År; i Halvdelen af Tilfældene var Brokporten passabel for Fingerspiden, i den anden Halvdel for 1 Finger; som oftest var Katgut anvendt (det må dog bemærkes, at Katgut også var brugt i 22 recidivfri Tilfælde); i 10 Tilfælde havde Patienten brugt bracherium efter Operationen, derimod ikke i de andre resterende 5. Det er for Resten vanskeligt her ligesom også under de andre Grupper at se en bestemt Årsag til Recidiverne, for man kan finde Tilfælde, hvor Alder, Størrelse, Sutmateriale o. s. v. er fuldstændig ens, og hvor så nogle have holdt sig recidivfri, andre have fået Recidiv. Man kunde være tilbøjelig til at tro, at Operationen i nogle Tilfælde, de recidiverende, var udført mindre godt, — det bør dog noteres, at de omtalte Tilfælde kunne findes i Statistiker fra den samme Operatør. Utvivlsomt gør en Mængde individuelle Forhold sig gældende, Forhold, som man i alt Fald gennem de modtagne Skemaer ikke kan få Oplysninger om.

Med Suture på Brokporten ere 27 Hernier opererede (25 Kvinder, 2 Mænd); 2 ere døde (en 100-årig Kvinde 4 Dage efter Operationen af Kollaps, Sårets Udseende reaktionsløst, samt en 67-årig Kvinde af peritonitis, der var tilstede før Operationen). Af de levende have Efterretninger om 12, 10 recidivfri og 2 Recidiver. Jeg kan ikke af Skemaerne se, hvad der i disse 2 Tilfælde har betinget Recidivet; det er ældre Folk, den ene har et frisk Hernie, hos den anden er det 7 År gammelt; i begge Tilfælde er fascia pectinea syet fast til lig. Poupartii, begge Gange med Silke; den samme Operationsmetode er anvendt ved 8 recidivfri, hos 2 er en Snip af fascia dissekeret løs og hæftet til Ligamentet.

*Hernia umbilicalis incarc.* 4 Hernier (3 Kvinder + 1 Mand), heraf 3 døde. 1 er død 5 Dage efter Operationen, som det synes, af



sepsis, de 2 andre kort efter Operationen af Kollaps og peritonitis. I alle Tilfælde drejer det sig om meget store Hernier hos ældre Kvinder, hvor Brokporten er trukken sammen med Katgut, Silke eller fil de Florence. I intet af Tilfældene kan Döden sættes i Relation til den anvendte Operationsmetode. Om den levende opererede haves ingen Efterretninger.

Det vil være uberettiget efter den her foreliggende Statistik at fastslå noget om Recidivernes Hyppighed efter de anførte Operationsmetoder; ti der mangler altfor mange Efterretninger om de opereredes senere Skæbne; dog kan det ikke nægtes, at Metoderne, der jo væsentlig ere af ældre Oprindelse, ikke synes at have givet så gode Resultater som de, der foreligger i Statistiker over nyere Operationsmetoder, f. Ex. BASSINI's og KOCHER's.

Prof. NICOLAYSEN meddelte, at for Norges Vedkommende er der indkommet Referat af omtr. 130 Radikaloperationer, deraf 80 inkarereerede Hernier og 50 frie. Da Referaterne ere indkomne noget for sent til at kunne bearbejdes til dette Möde og der desuden foreligger meget få Oplysninger om *Fjærnresultatet ved Radikaloperation*, kan det værdifulde Materiale først kunne udnyttes om nogen Tid efter indhentede yderligere Oplysninger og vil forhåbentlig kunne medtages i Referatet fra Mödet.

SIGFRED LEVY forelagte Iagttagelser fra Samfundet, som antager sig Vanføre og Lemlæstede» (1. Afdeling), omfattende 208 Tilf. af Brok hos Börn (175 = 84 % Dreng, 33 = 16 % Piger). Erfaringerne strække sig over 16 til 17 År og angå alene Börn fra de fattigere Klasser.

Da det drejer sig om Börn, gælder det kun Ingvinalhernie, da Kruralhernie jo så godt som ikke forekommer hos dem. Fordelingen efter Kön, Herniets Sæde, de fremkaldende Årsager, Brok i Slægten», Forholdet mellem »Helbredede» og »Uhelbredede» samt forskellige andre Oplysninger om Materialet meddeltes ved Tavler: på højre Side fandtes Herniet hos 57 %, på bægge Sider hos 25 %, på venstre Side hos 18 %. En påviselig Årsag (Hoste, Kighoste, Skrigen, Fald eller Slag og Forløftning) forefandtes hos 53. Brok i Slægten» var påviselig hos 58 Dreng og 13 Piger, ikke påviselig hos 94 og 16; i Slægten på *Faderens* Side kunde for Drengenes Vedkommende Brok påvises hos 62 %, og for Pigerne gjorde netop det samme Forhold sig gældende lige overfor Brok i Slægten på *Moderens* Side o. s. v.

De *spæde* Börn behandles nu alle af Taleren med »bløde» Brokbånd. De små Fjederbrokbånd var for ham — som for andre — så vanskelige at holde in situ, så besværlige at holde hele og rene, hvad enten de lakeres eller overtrækkes med Kavtshuk, forårsagede så mange Ulämper ved intertrigo og dybere Hudaffektioner, at Brakeriebehandlingen med dem forekom ham fuldstændig illusorisk; han havde opgivet dem, efterhånden som han bestyrkedes i Anskuelsen om, at det »bløde» Brokbånd kunde føre til Målet, vel at mærke, når man indrettede sin

Praktik efter almindelige Regler for kroniske Læsioner: jævnlgt Tilsyn og Individualisering. Brakeriet er ikke tilstrækkeligt, når der ikke reponeres nøjagtigt, og når Brokbåndet ikke anlægges ordentligt; bølge disse Ting må derfor læres Patienterne (Mødrene), og Forholdene må kontrolleres ved regelmæssige Visiter. Desuden må hos de spæde Börn, som hos alle Börn med Brok, alle de Affektioner, som have Betydning for Læsionen (Hoste, Tarmaffektioner, Ernæringsanomalier, phimosi, hydrocele o. s. v.), behandles og passes.

Når alt iagttages og kontrolleres, bliver Brok hos Börn gennemgående en godartet Læsion og taknemmelig at behandle. Ikke blot føres Majoriteten, især af spæde Börn, så vidt, at de kunne anses for helbredede (navnlgt når der ufortøvet anlægges bracherium), således at de helt kunne undvære Brokbånd efter nogle Års Forløb; men Læsionen bliver da tillige ufarlig. Omtrent 50 % af Drengene taget under ét vare helbredede; ingen (0) vidstes død af Læsionen, og om ingen (0) var der oplyst Inkarceration hverken i Klinikken selv eller ved Forespørgsel på Hospitalerne. — Også Ulämperne ved Læsionen formindskes, når Patienterne komme under stadigt Lægetilsyn. Man kan da f. Ex. i mange Tilfælde undvære Lårremmen, som navnlgt hos Börn og især hos Piger er et besværligt Appendix, der ofte kompromitterer Brakeriets Leje og dermed dets Virkning.

Sluttelig anførtes, at alle Talerens Brokpatienter, for så vidt de ere i den skolepligtige Alder, deltage i Skolegymnastik, naturligvis bærende Brokbånd. Fritagelsesattester på Grund af Brok udsteder Forf. ikke længer, efter at han gennem Årringer har set, at det er uforment, og efter at det har vist sig, at det ikke blot ikke medfører nogen Fare, men endog er til Gavn for selve Lidelsen, at Pat. deltager i Legemsøvelser (og Leg) med deres sunde Kammerater. (Afhdl. in ext. se Nord. Med. Ark., 1895, Nr 28).

D:r NAUMANN: Med anledning af d:r LEVY's föredrag vill jag omnämna ett fall af ett kongenitalt ingvinalbråck, hvilket läktes utan vare sig operation eller bandage.

Hos en 2 månaders gosse iakttogs ett rörligt bråck af ett mindre hönsäggs storlek. Det framkom dagligen vid skrik och krystningar men höll sig däremellan spontant inne. Oaktadt afföringen städse varit regelbunden, börjades nu daglig behandling med ljumt vattenlavemang.

Efter någon tid framkom bråcket mindre ofta, och efter 3 månaders behandling visade det sig ej vidare. Lavemang användes dock dagligen under hela första året.

Vid 1 år och 9 månaders ålder tillstötte en svår lunginflammation, under hvilken bråcket en gång var framme. Det har sedan ej visat sig, och gossen är nu 14 år gammal.

Dr. LEVY gör opmärksam på, at en Del i de förste Dage efter Födselen opståede Brok vist skyldes for stramme Navlebind, og at disse straks svinde, når Bindene lösnes.

Dr G. NAUMANN, Helsingborg: **Fractura partis posterioris astragali.**

Ynglingen C. F., 17 år, hade den 26:te sistlidne maj under ridning å en ostadig häst skadat sin högra fot. Hästen hade stegrat sig och gått öfver, hvarvid ryttaren fallit af åt vänster samt fått högra benet under hästen, hvilken föll å vänstra sidan.

Vid undersökning samma dag iaktogs, att hela underbenet var svullet särdeles kring fotleden, och hvad som genast föll i ögonen var en rätvinklig böjning af stortåns yttersta falang. Såväl tibia som fibula inklusive malleolerna voro utan fraktur. I fotleden fanns en betydlig utgjutning, och bakom och nedom inre malleolen märktes en hård, kantig kropp af ungefär ett plummons storlek. Såväl den aktiva som den passiva rörligheten i fotleden vid dorsal- och plantarflexion syntes nästan normal och ej särdeles smärtande. Däremot markerade patienten vid adduktion och abduktion lidlig smärta.

Vid försök att extendera stortåns andra falang stegrades smärtan i högsta grad, och han förlade den samma till trakten bakom inre malleolen.

Å den hårda kroppen bakom denna malleol ömmade han högst betydligt, och vid vissa rörelser i fotleden kändes och hördes krepitation, som var tydligast å nämnda ställe.

Utom ofvan nämnda symptom iaktogs en lindrig böjning af de fyra yttre tårna samt en något skarpare krökning af fothalvvet å den skadade sidan. För öfrigt ömhet och svullnad kring malleolerna.

Vid de noggrannaste mätningar, hvilka både då och senare upprepade gånger företagits, har ej den ringaste förkortning af underbenet kunnat iakttagas.

Den betydliga smärtan bakom inre malleolen vid försök att rätta ut stortån ledde osökt tanken på en fraktur med förskjutning bakåt af astragalus eller någon del af den samma. Som bekant löper senan till flexor hallucis longus genom en sulcus å bakre sidan af astragalus, innan den går ned under sustentaculum tali. Det är tydligt, att en förskjutning af den del af astragalus, omkring hvilken senan böjer sig nästan i rät vinkel, skall kunna åstadkomma en betydligt ökad spänning af den samma och sålunda en rätvinklig böjning af stortåns yttersta falang. Detta symptom har jag i den mig tillgängliga literaturen ej sett omtaladt.

Alla försök att reponera astragalus visade sig fruktlösa, dock användes ej narkos.

Då huden ej var särdeles spänd öfver det förskjutna benstycket, beslöts att försöka konservativ behandling, och foten lades i en VOJKMANS skena. Jag använde denna hällre än gipsförband för att lättare kunna kontrollera förloppet. Underbenet lades högt med isblåsa öfver fotleden.

Att här en fraktur å astragalus med förskjutning af det bakre frakturstycket förelåg, torde af det anförda framgå. Frågan var emellertid endast den, låg frakturen å collum, och var således det hela att anse som en luxation bakåt, förenad med denna vid en dylik luxation vanliga fraktur, eller låg frakturen längre bakåt, och var sålunda endast en mindre del af astragalus förskjuten.

Mot en total luxation af astragalus talade benstyckets jämförelsevis obetydliga storlek och dess läge bakom endast inre malleolen, då bakom den yttre från början intet abnormt kunde kännas och å denna sida akillessenan lätt palperades.

Däremot var mellanrummet mellan akillessenan och tibia å inre sidan utfyllt af nämnda benstycke. Vidare talade häremot, att absolut ingen förkortning af underbenet kunde iakttagas, hvilken måste finnas, om astragalus glidit ut ur den klyka, som malleolerna bilda.

Uppkomsten af en fraktur endast å den bakre delen af astragalus, hvilken som bekant har en riktning snedt bakåt och inåt, har jag tänkt mig på det sätt, att ett häftigt våld träffar underbenet i dess längdriktning, då foten står i måttlig plantarflexion. I detta fall kunde foten vid den hastiga omsvängningen våldsamt komma i nämnda ställning med sulan mot marken. Härvid kunde den bakre randen af tibia som en kil hafva delat astragalus tvärsöfver i riktning ned mot sustentaculum tali, hvilken sannolikt äfven blifvit bräckt. Man kan då tänka sig, att möjligtvis därigenom, att det bakre ligamentet mellan astragalus och calcaneus delvis håller, brottytan å det afbrutna stycket vrides uppåt, och häraf en reposition försvåras eller omöjliggöres. Utan tvivel måste samtidigt en bristning af det bakre ligamentet å yttre malleolen samt å en del af ligamentum deltoideum hafva uppstått.

Efter fjorton dagars fixerande förband började massagebehandling, som sedan fortgått. Sex veckor efter skadan har nu fotleden tämligen god rörlighet, och ställningen å foten är god. Stortåns andra falang, hvilken dagligen blifvit sträckt, visar numera endast lindrig böjning. Fothvalvet är däremot fortfarande något skarpare än normalt. Pat. har först de sista dagarna fått göra försök att stödja på foten, hvarvid liflig ömhet markeras öfver ledens framsida.

Prof. JOHN BERG: Det fall af astragalus-fraktur, d:r N. meddelar, har ett stort intresse, då dessa skador, i synnerhet utan samtidig fraktur af endera malleolen, äro mycket sällsynta. Jag erinrar mig dock ha sett åtminstone ett par talus-brott, men hvad jag hvarken sett eller sett omtaladt, är den pikanta böjställningen af första stortåleden, som förekom i d:r N:s fall. Orsaken till skadan i de fall, jag sett, var som vanligt ett fall från stor höjd rätt på pl. pedis. Den noggrannare diagnosen kunde först efter den starka mjukdelssvullnadens minskning ställas och blef åtminstone i ett fall splitterfraktur å astragalus jämte fraktur å bakre delen af calcaneus. Hvad jag emellertid särskildt skulle vilja framhålla, på grund af ett fall som står väl för mitt minne, är att fall af fraktur å talus kunna finnas utan någon påtaglig förskjutning af styckena ifrån hvarandra, således en fraktur antingen i form af fissur eller förenad med inkilning. I mitt fall framträdde som tecken därpå frånvaro af krepitations-förnimmelse från början, och senare en till talus begränsad callus-svullnad samt länge kvarstående skarpt begränsad ömhet för tryk mot tali sido-tytor jämte betydande smärtförnimmelse vid rörelser i talo-kruralleden. De betydande funktionella rubbningar, som dessa ofta förbisedda intraartikulära fissurer ej sällan medföra, har på senare tiden framhållits i tyska tidskriftslitteraturen,

och då jag har skäl att tro, att astragalus-frakturer af denna form måhända ej äro så sällsynta, som man är böjd att antaga efter handböckernas framställning, har jag tagit mig friheten att påminna om dem i samband med d:r N:s intressanta fall.

Prof. ASK redogjorde för 2 fall af astragalusfraktur, som han observerat; däraf en komplicerad fraktur.

Overkirurg **TSCHERNING: Om Behandling af Underextremitetsfrakturer med Spaserebandage.**

Efter en kortere Oversigt over den mobiliserende Frakturbehandling i de forskellige Lande gik Tal. over til at omtale, hvorledes han var kommen ind på Metoden ved at blive opmærksom på den ofte langvarige Mangel på Arbejdsförlighed efter Frakturer, behandlede med langvarig Immobilisation.

Fordringerne til god Frakturbehandling ere: Opnåelsen af 1) en god Funktion, 2) en Form, der afviger så lidt som muligt fra den naturlige, 3) Tilvejebringelsen af disse Resultater i så kort Tid som muligt. Den inamovible Bandage sigter væsentlig på det andet af disse Punkter, som også kan opnås tilfredsstillende ad den Vej; men dels er der Frakturer uden Deviation, dels Frakturer, som trods Immobilisation ikke lade sig holde in situ, og endelig er der ved den inamovible Bandage, der anlægges med Vatstopning, den Fare, at en begået Fejl under Bandageringen eller en Forskydning, som optræder på Grund af, at Bandagen løsner sig, medfører en ikke opdaget Deviation, som så fixeres. For Opnåelsen af god Funktion er den inamovible Bandage farlig af den Grund, at den let bidrager til Artikulationsstivhed, Muskelatrofi, Seneskedeadhærener, Cirkulationsforstyrrelser. — Den mobiliserende Frakturbehandling modvirker til en vis Grad disse Ulemper, den giver Anledning til Kontrol af Frakturer under dens Helbredelse og sikrer os således mod Deviationer ud over dem, vi ikke kunne hindre, og om den ikke påskynder selve Frakturhelingen, så forsinker den den i hvert Fald ikke, medens den utvivlsomt fremskynder det Tidspunkt, på hvilket Patienten kan begynde at röre sig, og derfor også Tidspunktet for Arbejdsförlighed.

Tal. har alt i flere År anvendt Metoden og navnlig gennemprövet den i de 2½ År, han har styret Kommunehospitalets V Afdeling. Anvendelsen af den ældre Type for inamovible Bandager er hos ham indskrænket til Tilfælde af mobile Frakturer hos Delirister så længe, til Deliriet er forbi, meget mobile og smertefulde Frakturer i deres allerførste Stadium, sådanne komplicerede Brud, hvor mobiliserende Behandling på Grund af Komplikationer er udelukket.

Spaserebandagen er et Led af den mobiliserende Behandling, hvis övrige Hjälpemidler ere: »Beriderbind., primär Massage (d. e. på den ikke konsoliderede Fraktur), Ispose, Omslag eller i visse Tilfælde Extension (f. Ex. Femurfrakturer eller enkelte vanskelige Crusfrakturer). — Anvendelsen af Spaserebandagen er indskrænket til Brud, der vise Deviationstilbøjelighed. Den anlægges ikke på en stærkt svullen Extremitet, men enten för Fraktursvulsten er optrådt, eller hyppigere, når den primäre Svulst har tabt sig ved Is, Massage, Omslag. Den skal

være en *sluttende* Bandage, d. e. lægges direkte på den — olierede — Extremitet eller på et tyndt Underlag af Bind eller Trikotage. Om man vil vælge Gibs eller Appretur, er nærmest en Smagssag. Tal. anvender med Forkærlighed Appretur med Indlæg af Lindetræs Spåner (de almindelige, i Handelen forekommende Spåner af Fyr eller Bøg ere uehdige), der blødgøres i *hedt* Vand. Den ved Appreturbindene påklagede langsommere Tørring drejer sig højst om  $\frac{1}{2}$  Døgn, når Appreturbindene vådes svagt, men i *meget varmt* Vand, og Appreturbandagen er langt lettere at lægge, reuligere, mere elastisk og især lettere at fjærne. Reproduktion af Deviation under Tørringen kan modarbejdes ved fortsat Extension eller Anbringelsen af udenpå anlagte foreløbige Skinner.

Bandagen ved *Crusfrakturer* gå fra planta til øverste Tibiaende, ladende Fodleddets Forflade fri, for at Pat. under Gangen kan modarbejde Tilbøjeligheden til Spidsfodsstilling og opøve Fodens Afvikling fra Underlaget. — Bandagen for *Femurfrakturer* anlægges således, at den nedad tager Støtte på Malleolerne, dernæst på Læg og Knæ og opad mod tuber ischii og crista ilei, så at femur ligesom extenderes ved Bandagen, der som Regel anlægges efter Korrektion ved Hjælp af 8 til 12 Dages Extensionsbehandling, og Tørringen foregår under fortsat Extension. Knæstivheden er naturligvis en Gene; men den undgås ikke heller ved de andre anvendte Behandlingsmåder; desuden kommer man snart over den, og den generer kun lidet under Gangen, når kun Foden er frit bevægelig<sup>1)</sup>.

Tal. omtalte dernæst Spaserebandagernes Anvendelighed ved andre Lejligheder end ved friske Frakturer, f. Ex. ved den ambulante Artritisbehandling og ved Pseudartoser. Endelig refererede han i Korthed sine praktiske Resultater.

*Fractura malleolorum* med Deviation; heraf var behandlet med Spaserebandage 27 Tilf. med gennemsnitligt Sengeleje på 14 Dage (Beriderbind, Massage, Is, Omslag) og Hospitalsophold på gennemsnitlig 31 Dage, hvorefter Pt. altså vare i Stand til at bevæge sig uden Hjælp. Et Par længere Ophold på henholdsvis 49 og 61 Dage skyldtes det ene Behandling for Dipsomani og det andet en vanskelig redressement af den under delir. tremens slemt devierede Fod. — Ved Tal.'s Afrejse vare to Tilf. under Behandling; de vare komne op at gå henholdsvis 6 og 2 Dage efter Frakturen (den sidste var bandageret strax på den endnu ikke svulne Extremitet). (*Fractura malleolorum* uden Deviation vare behandlede alene med Beriderbind og Massage; deres Sengeleje og Hospitalsophold vare i Gennemsnit 12 og 28 Dage.)

*Fractura tibiae hos Børn*; heraf var forekommet 5 Tilf. med gennemsnitligt Sengeleje på 9 Dage og Hospitalsophold på 24 Dage; og Heling var konstateret ved Udskrivningen.

*Fractura tibiae hos voksne*; heraf var et Tilfælde spaserebandageret; Sengeleje 12 Dage, udskrevet med Heling 32 Dage efter Bruddet; et Tilfælde var behandlet uden Bandage, kun med Massage; Sengeleje 14 Dage, Hospitalsophold 37 Dage.

*Fractura cruris* hos voksne. Heraf er forekommet 31 Tilf., hvoraf 24 ere behandlede med Spaserebandage (de resterende bleve af for-

<sup>1)</sup> Spaserebandager anlagdes den følgende Dag på Rigshospitalet.

skellige Grunder behandlede på anden Måde: nogle udskreves til Hjemmet, nogle havde Komplikationer, der hindrede Spaserebandagen, en 79-årig Mand med *cancer recti* indkom med Brud af begge crura; lå til Sängs, til han døde). De 24 spaserebandagerede kom gennemsnitlig op omtr. 15 (8—32) Dage efter Frakturen og udskreves i god Kondition omtr. 47 (27—74) Dage efter Frakturen. Men bægge disse Tal ere i Grunden misvisende, da deres Størrelse skyldes nogle enkelte meget langvarige gamle Patienter og nogle meget voldsomme Läsioner, hvoraf en på Grund af svær Blöddelsläsion lå længe hen, en anden måtte underkastes sekundär Resektion af et prominierende fragmen under Huden længe efter Frakturens Heling. Endelig ligger en Del af Tilfældene langt tilbage, hvor jeg, forsögende mig frem, först anlagde Bandagen efter omtrent 3 Ugers Forløb, medens jeg nu anlägger den meget snart efter, undertiden strax efter Läsionen.

*Fractura cruris* hos Börn (10—13 År). Heraf er forefaldet 4 Tilfælde, alle behandlede med Spaserebandage; de ere komne op 16 til 17 Dage efter Frakturen og udskrevne 24 Dage efter den helbredede.

For *Femurfraktur* behandlede 12 voksne (fr. colli fem. ikke medregnet), hvoraf de 6 med Spaserebandage; deraf dog den ene kun som Efterbehandling efter Skinnebandage og Massage på Grund af fr. condyli externi femoris. De övrige 5 bandageredes 5—24 Dage efter Frakturen og kom op at gå 9—26 Dage efter samt udskreves omtrent 50 Dage efter (44 å 55). De 6 ikke med Spaserebandage behandlede vare: En 80-årig Mand, der døde af Lungeemboli, en 75-årig Kone med Brud af bägge femora; udgik uhelbredet til et andet Hospital. Hos en, som havde fr. cruris tillige, kunde Behandlingen ikke anvendes. De tre andre ere komne op omtrent 5 Uger efter Frakturen og udskrevne 7 til 10 Uger efter.

*Femurfrakturer* hos Börn ere forekomne i 27 Tilfælde; men en Del i de förste og Leveår ere behandlede udelukkende med lodret Extension; nogle andre ere udskrevne til Hjemmet eller andre Hospitaler kort efter Indläggelsen; resterer 12, som ere behandlede med Spaserebandage, og denne er da aulagt 8 til 24 Dage efter Frakturen. de ere komne op at gå Dagen efter Bandageringen og have forladt Hospitalet 24 til 37 Dage efter Frakturen. I et Tilfælde forsinkedes Udskrivningen dog til 56 Dage efter Frakturen på Grund af et Ekzem efter Plasterbandagen. I et andet Tilfælde forsögtes Gang uden Bandage efter 20 Dages Extension; men man måtte da på Grund af Krumning på Brudstedet efterbehandle med Korrektion og Spaserebandage, hvormed Drengen udskreves till Hjemmet.

Forkortninger har Taleren ikke set optråde i nogen höjere Grad end ved de äldre Metoder. Ved talrige Tilfælde er det konstateret, at Längden af Extremiteten har holdt sig, medens Pat. gik på den frakturerede og endnu ikke konsoliderede Fraktur. Nogle af Tilfældene ere indbragte komplicerede med Perforation af Huden. Disse ere forløbne ganske som under Sängeleje.

Efter sit personlige Indtryk agter Taleren at fortsätte med Metoden og tror at vinde Tid for Patienterne, opnå riugere Forstyrrelser af forskellig Art, end man tik efter de äldre Metoder, og ikke tabe



noget i Henseende til Heling i god Stilling; endelig vinde mange Patienter en Del i Henseende til Velvære ved hastigt at kunne forlade Sängen.

Endnu berøres, at Tal. nogle Gange med Held har anvendt Metoden ved Osteoklastik for genu varum, ved Osteotomi for genu valgum; fremdeles, hvad der ikke hører herhen, til Arthroiter i frisk og ældre Stadium.

Dr BORELIUS hade under två år behandlat alla frakturer på *underbenet* med gångbandage, hade för femur-frakturerna tils vidare kvarblifvit vid den permanenta extensionen under de första 3 veckorna och först därefter gångbandage.

Hade behandlat i alt 29 frakturer med gångbandage, aldrig sett några olägenheter men väl stora fördelar af metoden, hufvudsakligen bestående däri, att patienterna kunna komma ut i det fria eller åtminstone slippa sängliggandet, hvilket är af väsentlig betydelse för deras allmänna tillstånd och för extremitetens muskulatur.

Hr B. anförde exempel på, hurusom vissa patienter med denna behandlingsmetod kunna nästan omedelbart eller efter 1—2 dagar återtaga sin verksamhet.

Dr C. A. BERGH: Det är hufvudsakligen med anledning af dr BORELIUS yttrande, som jag härmed begär ordet. Han sade nämligen, att om han för några år sedan varit nog olycklig ådraga sig en malleolarfraktur, skulle han varit tvungen intaga sängen för någon längre tid, under det att han *nu* med samma åkomma kunde vara uppe och i sin verksamhet redan samma dag, eller åtminstone dagen efter, det olyckan inträffat.

Jag anser mig då böra nämna, att redan för 18 år sedan, då jag var underkirurg vid Kongl. Serafimerlasarettet, behandlades malleolarfrakturerna, i synnerhet när det gälde yttre sådana, med stillaliggande under högst några få dagar — spjala och isblåsa. Därefter fick patienten lemna sängen och undergick massagebehandling med så godt resultat, att han icke sällan redan uti 2:dra veckan hade ett fullt brukbart ben med god rörlighet uti fotleden. Denna metod har jag sedermera under årens lopp följt och haft anledning att vara nöjd med den.

Beträffande den af dr TSCHERNING refererade behandlingen af frakturer med Spadsersbandage, så kan jag icke i likhet med de föregående talarne fölla ett i allo gynsamt omdöme om denna metod. Därtill bidrager uti icke ringa mon de resultat af sagda behandling, jag var i tillfälle att iakttaga å prof. V. BARDELEBENS klinik i Berlin vid tyska kirurg. kongressen där våren 1894. Metoden synes mig visserligen vara af högt värde vid *vissa former* af benbrott i synnerhet hos barn, men äfven i lämpliga fall hos äldre personer; däremot synes den mig icke passa vid alla former af benbrott och under alla möjliga omständigheter.

Jag anser mig dessutom böra varna en hvar, som icke är desto mera van vid anläggande af gipsförband, för att i någon större ut-



strækning anvænda metoden och lemna patienterna utan stændig observation. Ett gipsförband kan næml. alt för lätt blifva för vidt eller för trångt; och i bägge fallen är den skada, det orsakar, tydligen meget stor.

Enligt mitt sätt att se saken torde altså här, som i så många andra fall, den gamla satsen, in medio consistit veritas, kunna tillämpas. Å ena sidan kan ett altför långvarigt begagnande af immobiliseringsförbandet icke annat än skada ledgångarna och nedsätta patientens krafter onödigtvis; men å andra sidan skall »Spadserbandaget», synnerligast om det anlægges omedelbart efter hvilket benbrott som hälst och under hvilka förhållanden som hälst, gifva anledning till svåra felläkningar och ledsamheter af diverse slag.

Det torde därför vara rättast, att i svårare fall invænta svullnadens aflägsnande och en viss konsolidering af benändarna, förr än spadserbandaget anlægges.

Prof. J. BERG: A Kongl. Serafimerlasarettets kirurgiska kliniks ena afdelning har af min n. v. underkirurg d:r F. BAUER *alla* där intagna frakturer å nedre extremiteterna (med undantag af collum-frakturerna) blifvit kousekvent från början behandlade med gångbandage, medan å den andra afdelningen dessa brott icke behandlats efter denna metod. Med hänvisande i öfrigt till d:r BAUERS uppsats i Hygiea d. å. ber jag till protokollet få bifoga denna af d:r B. godhetsfullt mig lemnade öfersikt öfver alla de 26 fall, som hittills hos oss blifvit med gångbandage behandlade.

Beträffande de resultat, vi vunnit, gifva de mig fullt skäl att instämna i de goda omdömen, som redan blifvit fälda. Mina egna farhågor för att denna behandling ej skulle passa för t. ex. suedfrakturer ha hittills jäfvats, och det synes mig nu alldeles påtagligt, att *gångbandaget, anlagdt af van hand och väl öfvervakadt*, leder till i regeln snabbare läkning och hastigare funktionsduglighet, än hvad med annan behandling ernås.

	Konsolid.	Funktionsdugl.	
1. Fract. supramal. amb. . . . .	4 veckan	4 veckan	Kammarskrifvare.
2. » » » . . . . .	5 »	—	
3. » » » . . . . .	5 »	7 »	Arbetare.
4. » » » . . . . .	4 »	4 »	Sömmerska.
5. » » » eompl. . . . .	4 »	—	
6. » malcol. (Dupuytren's) . . . . .	4 »	—	
7. » » » . . . . .	5 »	5 »	Hustru.
8. » » » . . . . .	4 »	5 »	
9. » » » . . . . .	1) —	—	
10. » supramal. lat. + fissura tibiæ . . . . .	4 »	—	
11. » mal. lat. + » . . . . .	4 »	4 »	Arbetare.
12. » » » + » mal. med. . . . .	4 »	2 »	Strykerska.

1) Utskrefs efter några dagar, enär han ansåg sig kunna förrätta sitt sittande arbete.

		Konsolid.	Funktions- dugl.	
13.	Fract. anticruris [gränsen mellan nedre o. mellersta $\frac{1}{3}$ :delen (Flötensehnabel)] . . .	4 veckan	6 veckan	Arbetare.
14.	» » [gränsen mellan nedre o. mellersta $\frac{1}{3}$ :delen]	5	7	» » Arbetare.
15.	» » [gränsen mellan nedre o. mellersta $\frac{1}{3}$ :delen]	4	—	Flicka 7 år.
16.	« » [gränsen mellan nedre o. mellersta $\frac{1}{3}$ :delen (snedfraktur)] . . .	10	14	» » Arbetare.
17.	» » [partis med. tibiæ et part. sup. fibulæ (Flötensehnabel)] . . .	4	4	» » Kontorist.
18.	» » [part. med. (snedfraktur)] . . . . .	5	—	leke utskrifven.
19.	» » [part. mediæ] . . . . .	7	8	» » Arbetare.
20.	» » fibulæ [part. inf.] . . . . .	3	3	» » Arbetare.
21.	» » [ » » ] . . . . .	3	—	Pojke, 6 år.
22.	» » tibiæ [part. condyl. (intraartikulär)]	4	7	» » Arbetare.
23.	» » patellæ [tvürfraktur]. . . . .	5	7	» » Arbetare.
24.	» » femoris [part. condyl. (intraartikulär)] . . . . .	6	8	» » Arbetare.
25.	» » supracondylia . . . . .	4	6	» » Arbetare.
26.	» » : [gränsen mellan öfre o. mellersta $\frac{1}{3}$ :delen] . . . . .	7	9	» » Arbetare.

Alla fall af frakturer å nedre extremiteterna, som inkommit å afdelningen sedan den ambulatoriska behandlingsmetodens införande, ha behandlats med gåförband, undantagande collumfrakturerna. I alla har metoden fullt genomförs; läkuingsförloppet utan komplikationer. En fördröjd konsolidering (n:r 16).

D:r WEISS refererede et Tillfälle af dubbelt Malleolarfraktur, helbredet under Spadserebandage.

#### HJ. SCHIÖTZ: Trepanation af proc. mastoid.

Talaren meddelte Resultaterne af 28 Opmejslinger for kronisk Mellenöresuppuration. Benyttede nærmest STACKES Metode. I de fleste Tilfælde havde der været forsøgt konservativ Behandling i længere Tid. Otorréens Varighed fra under 1 År til 55 År. Operationens Varighed omtrent to Timer. 2 Gange efter Brugen af skarp Ske i Bunden af cavitas tympani Facialisparalyse; den svandt efter 3 Måneder. I 10 Tilfælde fundet Kolesteatom, i 8 stor Pushule med pyogenetisk Membran, i 9 Tilfælde Granulationer i atriens og antrum, i 1 Tilfælde intet bestemt. 5 Gange fandtes dura blottet.

Som Resultat for Öjeblikket 20 helbredede, 4 usikre, 1 uhelbredet og 3 under Behandling. Må länge være under Observation, för Helbredelsen kan betragtes som definitiv. Der kommer let i den første

Tid Deskvamation med nogen Sekretion, bliver dog ved Behandling i Reglen hurtig helbredet. Sådanne Recidiver, om de kunne kaldes således, ere indtrufne hos 15, af disse have nu de 11 været helbredede i over  $\frac{1}{2}$  År.

Permanent Åbning bag Öret hos 16. Hos 7 blev indlagt Hudlap fra bageste Hudrand for at påskynde Tilhelingen; herved opnåedes dog næppe nogen væsentlig Forkortelse af Efterbehandlingen, der i 17 Tilfælde har taget noget mindre end 3 Måneder, i 10 Tilfælde fra 3 til 6 Måneder, i 8 Tilfælde 6—15 Måneder.

#### *Diskussion.*

UCHERMANN har ikke meget at tilføje. Han mejsler altid udefra indad, hvilket forekommer ham sikrest. Anvender ikke permanent Fistel ved Kolesteatom hos Børn; derimod er det måske den vigtigste Behandling hos voxne, hvor Hulene ofte er meget stor. Har opereret 71 Tilfælde, og Resultaterne ere for ham som for S. meget gode. Bruger altid Mejsel. Aldrig kommet ind i Labyrinten, således som en Del tyske Forff.; men man bör være meget forsigtig, fordi Suppuration i Labyrinten er meget farlig og let fører til Döden.

SCHIÖTZ mener, at det er sikrere at operere forfra bagtil, fordi man så strax kommer ind i antrum og så er sikker.

#### **Om Mastoiditens Diagnose og Indikationerne for operativt Indgreb,** af Professor V. UCHERMANN, Kristiania.

M. Hrr.

Betændelser i Temporalbenets pars mastoidea får for hver Dag, som går, en større og større Betydning også udenfor de egentlige Örelägers Kreds. Så længe den nævnte Region nästen var et noli me tangere — en Tid, som ikke ligger langt tilbage —, hvor de kirurgiske Indgreb indskrænkede sig til Igler eller i Højden Spaltning af en subkutau eller subperiosteal Absces, var der ikke Behov for noget større Kjendskab til disse Sygdomme end til Öresygdomme i det hele. Man indrømmede vistnok, at denne var mangelfuld, men tröstede sig med, at de dog i det højeste var af lokal Betydning, at der overhovedet i terapeutisk Henseende var lidet at udrette, og at dette lille bedst ganske overlodes til Specialisten. Nu er Stillingen fuldstændig forandret. Vi ved, at alle disse Betændelser skyldes patogene Mikroorganismer, med, så længe Sygdommen varer, stadig Mulighed for Infektion af Hjernen eller Organismen i det hele; at denne Infektion foregår langt hyppigere, end man hidtil har anet; men at denne Udgang i de fleste Tilfælde kan forhindres og Sygdommen helbredes, i mange Tilfælde selv efterat Infektionen allerede er indtrådt, ved bestemte, kunstrigtigt udførte, operative Indgreb. Otokirurgien har pludselig fået almen Interesse og dröftes på de almindelige, kirurgiske Kongresser. Man indser, at den omfatter Tilfælde, som på Grund af sin Hyppighed lettelig kan indtræffe i enhver Läges Praksis, og som, under mindre udviklede Forhold, hvor der ikke er Tale om nogen Arbejdets Deling, kan forlange hans personlige Indgriben. Det gælder altså først og fremst at stille Diagnosen, dernæst Indikationerne. Da jeg gennem min Stilling som Overläge for

Rigshospitalets Örefdelning har haft en i Skandinavien usädvanlig Anledning til at gøre Erfaringer på dette Felt, har jeg troet at burde meddele noget herom på dette Möde.

For bedre at forstå Udviklingen af de Sygdomsprocesser, hvorom der her er Tale, er det nödvendigt ganske kort at omtale Temporalbenets Anatomi. Som mine Herrer vil erindre, består dette oprindeligt af 3 selvstændige Ben: os tympanicum, squama ossis temporum og pars petrosa. Til dette sidste hörer den bagre, indre og større Del af pars mastoidea, medens den forreste og udvendige Del dannes af pars descendens squamæ, der tillige danner den övre benede Öregangsväg. Den indre, nedre Rand af denne, den såkaldte margo tympanicus, danner tillige den övre Begränsning for Trommehinden, der förövrigt er indfattet i en Fals af den såkaldte annulus tympanicus. Fra os tympanicum udvikler sig videre den nedre, bagre og forreste benede Öregang. På den ydre Flade af pars petrosa og mastoidea og delvis indbuget i denne ligger nu Trommehulen og antrum mastoideum, udad dækket af pars descendens squamæ og annulus tympanicus med Trommehinden. Bunden dannes af pars petrosa og mastoidea, Taget dels af pars-petrosa dels af squama, som på Indsiden udsender en horizontal crista, der forbinder sig med en lignende på pars petrosa i den såkaldte tissura eller sutura squamo-petrosa, der fortsätter sig videre bagover og nedover i sutura squamo-mastoidea. Denne er endnu i de første Leveår ikke forbenet men udfyldt med fibröst Väv og desuden delvis optaget af en egen sinus petroso-squamosus, som fra sinus transversus går forover og perforerer Temporalbenet i Närheden af fissura Glasseri for at udmunde i vena jugularis externa. Denne sinus oblitererer siden, og Suturen forbenes, men der er dog endnu længe, undertiden bestandig. Dehiscenser, foramina i denne, til Passage for Kar och Nerver, ligesom den ikke sjælden kan ses meget tydeligt endnu i 15—20 Års Alder og længere. — Når man altså anatomisk skelner mellem Trommehulen og antrum, så er det egentlig, og navnlig i den spæde Alder, en Vilkårlighed. Den sidste er en umiddelbar Fortsättelse af den første og ligeså tidlig udviklet som denne. Tegmen tympani og tegmen antri er dannet af de samme Ben, har i sin Midte den samme Sutur og ligger i samme Nivå. Mellem antrum og atticus eller recessus epitympanicus er der dog på gränsen, i aditus, nedad en Forsnevring (Tærskel), hvor nerv. facialis passerer. Bunden af antrum ligger altså dybere end Indgangen og har vanskeligere for at tömme sig. Sålänge den egentlige processus mastoideus endnu ikke har udviklet sig, ligger antrum kun ved et forholdevis tyndt Benlag adskilt fra den ydre Periostr og står desuden gennem den nävnte Sutura squamo-mastoidea i umiddelbar Forbindelse med denne. Infektiose Betändelser i antrum har derfor i de første Barneår meget let for at forplante sig over på den ydre Flade af Mastoidalregionen, selv uden at angribe Benet.

Anderledes stiller det sig i den senere Alder. Den første Antydning til en Protuberans ses allerede i 2—3 Års Alder og udvikler sig siden raskt, så den allerede i 8—9 Års Alder kan have nået temmelig betydelige Dimensioner. Den tiltager dog endnu i Regelen til henimod Pubertetsårene. Derved danner der sig på udsiden af antrum et

Benlag, som kan nå en Tykkelse af 2—3 em. og mere, i Regelen dog ikke over et Par. Dette består af retikulært, spongiöst Væv, men indeholder desuden mere eller mindre luftholdige, pnevmatiske Rum, der er at betragte som oprindelige Udkrængninger af antrum, og hvoraf de inderste ialfald i Regelen kommunikerer med denne. Alt efter som disse eller de marvholdige Rum har Overtaget, sondrer man derfor mellem *diploetiske* og *pnevmatiske* proc. mastoidei. Undertiden er Benet næsten eller fuldstændig skleroseret, en kompakt, elfenbenhård Masse, det sidste altid et Resultat af en forudgående kronisk, ossificerende Ostit. Det vil let indsies, at denne forskellige Beskaffenhed af Benet må öve en betydelig Indflydelse på Sygdomsprocessernes Optræden og Ytringsmåde. Stærkt pnevmatiske Mastoidalprocesser, således som de i Regelen findes hos Dolikocefaler, vil hyde en let Adgang for Betændelser til at nærme sig Overfladen og forsåvidt stå nærmere de infantile Former, idet Slimhinden i disse Celler står i direkte Forbindelse med Slimhinden i antrum och Trommehulen. Stærkt diploetiske och sklerotiske Processer, således som de hyppigst findes hos Brachycefaler, vil hyde megen Modstand, og Betændelserne kan have været meget længe, för der viser sig noget Tegn udvendig. Den tyndeste Væg hos voksne er fortil, hvor den bagre Öregangsvæg skiller fra Öregangen. Den er i Regelen ikke over  $\frac{1}{2}$  em. tyk.

Betændelser i pars mastoidea inddeles hensigtsmæssigt i *primäre* og *sekundäre*, og hver af disse igen i *overfladiske*, *periosteale*, og *dybe*, ossöse. De sidste er de overvejende hyppigste i begge Grupper, og Udgangspunktet er næsten altid Slimhinderne.

*Primäre Periostiter* i denne Region hörer til de store Sjældenheder. Jeg kan ikke erindre at have set mere end 1 Tilfælde hos et luetisk Individ. Diagnosen er ikke vanskelig at stille pr. exclusionem af Sygdomme i Öregang och Trommehule, Mangelen af Almenfänomener samt Anamnesen. I et af POLLAK beskrevet Tilfælde af gummös Infiltration sammesteds var der samtidig purulent otitis media. Her er Forveksling naturligtvis let.

Noget hyppigere forekommer *primäre Betændelser* i Mastoidprocessen selv, væsentlig ved Tuberkulose och Diabetes, i Form af caries. Tuberkulöse Processer forekommer som bekendt ikke så sjældn i Hovedets flade Ben, spec. Pandebenet och squama ossis temporum, hvor de ved Gennembrud indad och udad giver Anledning til subperiosteale Abscesser (extradural Absces, pachymeningitis externa) på begge Side af Benet. Sjældn forekommer en sådan Form i pars mastoidea. MACEWEN beskriver dog et Tilfælde, hvor der, som en Følge af en sådau Affektion på Udsiden af sinus transversus (sigmoidens), over proces. mastoideus, dannede sig en subperiosteal Absces. Der var samtidig otorré, men ved Sektion blev Benet omkring antrum och Mastoidaleellerne fundet friskt. Der var tillige en tuberkulös, kariös Proces i squama. Hyppigere forekommer en mere «tör» Form med ringe Pusdannelse, men rigelige Granulationer. I hvert Fald kan de i en Del Tilfælde forløbe en Tid lang uden væsentlige objektive Symptomer. Trommehinden och Höreevnen kan være normale, Svulst af Bedäkningerne mangler eller er lidet udtalt. Der vil dog i Regelen være nogen Ömfintlighed för dybere

Tryk, undertiden stærke nevralgiske Smerter og desuden Svulst af Lymfekjertlerne over processus mastoideus og videre også i regio occipitalis og langs vena jugularis. Undersøges en sådan Kjertel mikroskopisk, findes typisk Billede af Lymfekjerteltuberkulose og Diagnosen er dermed temmelig sikret. Sådanne Tilfælde er beskrevet bl. a. af WANSCHER (Hospitalstidende 1884) og HAUG. I Regelen vil dog snart Sekretet fra det tuberkuløse Focus bane sig Vej gennem membrana tympani, oftest opad og bagtil med Granulationsdannelse i Åbningen; et Pus finder Vejen gennem Tuben og kan ses i Tubanmunden. MACKEN nævner et Tilfælde hos et 6 Måneders Barn, hvor Diagnosen stilledes på denne Måde samt af Barnets Aftagen i Huld. Det døde kort Tid efter af tuberkuløs Meningit. I Tilfælde bør man naturligvis undersøge på Tuberkelbaciller. På lignende Måde optræder der undertiden ved *Diabetes* en central stør. caries, der har Tendens till hurtig at gribe om sig og, ligesom den tuberkuløse Procces, allerede kan have forårsaget store Odelæggelser, måske Sinustrombose, før der optræder den typiske Svulst af Bedåkningerne. Ligeledes mangler oftest Svulst af Lymfekjertlerne, ligesom Feberen er ringe eller ingen. Derimod er der spontane Smerter og Tryksmerter. Meget snart indtræder der også purulent Udflod fra Øret med Perforation af Trommehinden i det bagre Parti. Udflodet er tyndt, overordentlig rigeligt og indeholder Sukker. Ofte findes samtidig Furunkulose af Øregangen. Hvis her ikke opereres tidligt, indtræder let udstrakt Nekrose og sekundær Infektion af Naboorganerne.

Egentlig *Osteomyelitis* er kun beskrevet et Par Gange. I det langt-overvejende Antal Tilfælde er dog Betændelserne i procc. mastoideus sekundære som Følge af suppurative akute eller kroniske Betændelser i Trommebullen. Herfra forplanter de sig over på antrum og videre på dennes Udløbere. På Grund af Slimhindsulvsten afspærres disse let fra Moderhulen, der indtræder Pusretention med sekundær Resorption af Benlamellerne og Abscesdannelse under Granulationsudvikling, eller der indtræder, særlig under visse Infektionssygdomme som Difteri, Skarlagensfeber, Tyfus, Tuberkulose, Syfilis, ligesom ved Skrofulose, Diabetes etc., en ulcerativ, kariøs Procces, med Nekrose. Hyppigere end tidligere antaget er her måske Tuberkelbacillen selv virksom, specielt hos Børn om end ikke altid påviselig ved Mikroskopet. Undertiden optræder den suppurative Betændelse i Terminalcellerne, specielt bagtil eller i Spidsen, først efterat Processen i Trommehulen er afløbet, således f. Ex. af og til ved Influenza, og kan da falskelig give Anledning til Antagelsen af en primær ostitis mastoidea.

Den sekundære *Periostitis mastoidea* er i Modsætning til den primære hyppig såvel ved akute som kroniske suppurative Mellemøreidelser og kan findes med eller uden samtidig Affektion af Mastoidalecellerne, i Regelen dog som en fra disse direkte forplantet Betændelse. Hyppigst optræder den selvstændig ved den akute suppurative Otit, særlig om vi dertil regner de ringere Grader af Trykømfindtlighed, Rødhed og lidt Svulst af Huden, som så hyppig ledsager denne i sin Begyndelse og igen går tilbage uden at gå over til Absces. Men selv hvor sådan indtræder, kan den være direkte forplantet fra Tromme-

hulen langs Periost tilhørende bagre Öregangsväg eller fra antrum gennem fissura squamo-mastoidea og derfor hyppigst hos mindre Börn. Hos Spädbörn har jeg således gjentagne Gange set en sådan Udvikling efter uforsigtig Massebrug af Borsyrepulver, da denne Behandling endnu var en vogue. Diagnosen er i og for sig ikke vanskelig. De subjektive Fänomenerne er: Nogen Feber, stærk Smerte, der öges ved Tryk og stråler ud i Tindingen og Nakkeregionen. Hovedet holdes ofte stivt og skjævt over mod den syge Side, specielt hvor den övre Ende af m. sterno-cleido mastoideus er impliceret. Samtidig finder man en begrænset Svulst af Blöddelen, ofte også nogen rubor. Svulsten bliver i Löbet af nogle Dage mere diffus og bevirker i de højere Grader en stærk Fremdriving og Neddriving af Örebrusken, som er meget karakteristisk. Der kan også være Fluktuation, men denne er ofte på Grund af Ödem vanskelig at kjende. Forveksling er egentlig kun hyppig med Absees på Grund af Furunkel i bagre Öregangsväg, en Feiltagelse, som ofte göres selv af Öreläger. Disse Retentionsabscesser kan opnå en betydelig Störrelse, jeg har set dem strække sig helt opad i Parietalregionen og bagtil i Occipitalregionen, men sidder altså mere overfladisk och går tilbage uden Vanskelighed ved en simpel Spaltning af Furunkelen eller Udvidelse af Åbningen sammesteds. Forvexling kan også ske med Sarkom, der kan give Fornemmelsen af Pseudofluktuation, men som heldigvis er en meget sjælden Sygdom i denne Region. Ligeså med en Lymfadenit af Lymfekjertlerne på og omkring proe. mastoideus, der kan blive meget ömfindtlige og meget svulne. En nöjagtig Undersögelse vil dog i Regelen hindre Fejltagelser. Vanskeligt, ofte umuligt, er det derimod at afgöre, om der tillige er Affektion af Mastoidprocessen. Man kan vistnok som Regel gå ud fra, at så er Tilfældet, men absolut Sikkerhed har man ikke, för Benet er blottet.

*Den sekundäre otitis mastoidea* optræder såvel ved akute som kroniske Betændelser i Trommehulen. Disse er sågodtsom altid ledsaget af Hyperæmi og Svulst af Slimhinden i antrum och Mastoidacellerne samt Sekretion. Sålänge der er tilstrækkeligt Afløb, giver denne Affektion ikke synderlig Symptomer, oftest kun lidt Ömfindtlighed, og går tilbage sammen med Trommehulelidelsen. Er Aflöbet derimod mangelfuldt på Grund af Trommehindeperforationens Lidenhed eller temporäre Tillukning ved Granulationer, Polyper, Voks eller dens uheldige Sæde eller Sekretionens Voldsomhed, som ofte er Tilfældet ved de akute Betændelser, indtræder let Retentionsfänomener. De nævnte Infektionssygdomme ligesom andre Ernäringsygdomme synes også at prädisponere. De forskellige Strepto-Stafylo- og Diplokokker fremkalder nu i Mastoidacellerne en reaktiv Betændelse, med Absces, caries og Nekrose tilfölge. Symptomerne af *den akute Mastoidalabsces* er: 1) *Kontinuerlige, ikke remitterende Smertes* i proces. mastoideus; de föröges ved Tryk og Perkussion. Undertiden herved subjektiv Opfatning af klingende Blærer. Ömfindtligheden er i Regelen störst ved Tryk på Spidsen forfra, dernæst ved Basis. Undtagelsesvis kan ifölge POLITZER disse Symptomer mangle. Smertesne er ofte voldsomme. Patienten får ikke Ro hverken Nat eller Dag. 2) *Feber*, ofte høj. Processus mast. på den syge Side föles påfaldende varm, sammenlignet med den sunde.



3) *Trommehindeperforationen* sidder ofte på en sækformet Udkrængning i bagre övre Kvadrant. 4) *Den bagre övre Öregangsväg* er svullen og fremdrevet. Öregangens lumen derved forsnævret. 5) *Sekretionen* er oftest profus, undertiden minsker den eller ophører, efterat Mastoidal-suppurationen er kommet igang. Er alle disse Symptomer tilstede og holder ved i flere Dage, uden at vige for vanlig antiflogistisk Behandling, kan Diagnosen stilles med temmelig Sikkerhed. Ofte er der tillige Svulst af Bedäkningerne, som tidligere nævnt.

De *kroniske Betændelser* i proc. mastoideus udvikler sig som Regel af kroniske suppurative Mellemörelidelser. De kan bestå længe, i Årevis, uden at give væsentlige lokale Symptomer, så længe der ikke er hindret Afløb, og består væsentlig i en Udfyldning og Ödeläggelse af Mastoidalcellerne ved Hypertrofi af Slimhinden, eller i en Osteosklerose, en Eburneation af Vävet, som tidligere nævnt ofte Årsag til Neuralgier, eller Ansamling af mukopurulent og Detritusmasser i antrum og Cellerne eller i Cholesteatoiddannelse eller Caries og Nekrose. Er *Benet kompakt*, er Processen ofte begrænset til antrum alene.

Indtræder der i en sådan Proces ved Forkjølelse, trauma eller Sekretretention en akut Exacerbation, får man omtrent de samme Symptomer som ved den akute: Heftige, bankende, borende Smerter i pars mastoidea, Sövløshed, Feber, Öresus, undertiden Svimmelhed og Brækning. Ved Undersøgelse af Öregangen finder man Svulst af bagre Öregangsväg, Perforationen sidder oftest opad og bagtil eller i Shrapnells Membran. De ydre Bedäkninger kan længe holde sig nforandret, eller der udvikler sig en Caries med Gennembrud af corticalis og Svulst af Bedäkningerne som ved periostitis mastoidea beskrevet. Hyppigt sker dette lige udad og opad for porus acust. externus, ofte svarende til fovea mastoidea. I andre Tilfælde bryder den igennem bagre Öregangsväg. Der danner sig da her Granulationer, der let blöder, og som kan forveksles med en almindelig Örepolyp. Sjældnere bauer Abscessen sig Vej gennem Spidsen, i incisura mastoidea, og breder sig derfra bagover i regio occipitalis under splenius og longissimus capitis og nedover under sterno-cleido-mastoideus langs Karskeden. Den ödematöse ömfindtlige Svulst kan her forveksles med en Sinustrombose, der strækker sig ned i vena jugularis interna. Ved denne er dog Svulsten i Nakke-regionen sjælden synderlig udpræget. Er der ingen Reaktionsfænomenener, er Diagnosen af de kroniske Mastoiditer vanskeligere. I mange Tilfælde kan man dog få Oplysning af Öreffodets Beskaffenhet: stinkende tiltrods for stadige Udskyldninger, indeholder Epitelceller eller detritus, som ikke skriver sig fra Trommehulen eller Trommehinden selv, stadig Nydannelse af Granulationer efter Fjærnelse. Ved caries og Nekrose finder man ofte Senkningsabscesser, således i bagre övre Öregangsväg, undertiden Sekvesterdannelse sammesteds, Facialislammelse. Sekretet er ofte blodigt eller brunligt skiddent, åtsende, indeholder små Benpartikler. Forsigtig Sondering viser da også blottet Ben. Ved Cholesteatom finder man ikke sjælden en Fremdrivning og Forstörelse af proces. mast. på den syge Side. I Sekretet må ledes efter Cholesteatomceller. Perkussion kan også anvendes men giver usikre Resultater.

*Indikationerne* for operativt Iudgreb vil fremgå af det foregående:



1) *Akut Betændelse* af antrum mastoideum og Cellerne, hvor Smerte, Odem og Feber ikke viger efter nogle (højest 8) Dages vanlig anti-*fl*ogistisk og lokal Behandling. (SCHWARTZE.)

2) Ved *kronisk Betændelse* af *proc. mastoideus* med gentagen Op-*svulmning*, der igen for en Tid går tilbage, eller med allerede be-*stående* Fisteldannelse eller Sänkingsabsces. (SCHWARTZE.)

3) Ved *akut suppurativ otitis media*, hvor høj kontinuerlig Feber vedvarer i flere (højest 8) Dage tiltrods for tilstrækkelig Åbning (Spalt-*ning*) af Trommehindeperforationen, selv uden ydre Tegn på Mastoidal-*lidelse* (Fare for Pyæmi). (Forf.)

4) Ved *kronisk suppurativ otitis media*, uden ydre Tegn på Mastoidal-*lidelse*, hvor der indtræder Smertes og Feber med pludselig Stansning af Otorréen. (SCHWARTZE.)

5) Ved *Cholesteatom, Caries og Nekrose* i *proc. mastoideus*, som ikke lader sig behandle fra Öregangen af (Forf.)

6) Ved *kronisk, stinkende Otorré*, som ikke viger for kompetent Lokalbehandling af Trommehulen, Tuben og *recessus epitympanicus*. (SCHWARTZE, MACEWEN.)

7) Ved *kronisk Otorré*, hvor der optræder Tegn på begyndende Implikation af Hjernen eller dens Hinder. (MACEWEN.)

**KR. POULSEN: Et Tilfælde af purulent Sinustrøbose efter kronisk otitis media. Åbning af sinus. Helbredelse.**

Det drejer sig om en 15-årig Yngling, som fra Barndommen af har lidt af venstersidig kronisk otitis media; i Januar 95 stærkere Udflod og Hovedsmerter; han febriciterede; hvorfor den  $15\frac{1}{2}$  Resektion af *proc. mast.* (Dr. med. V. LANGE) med rigeligt Pusudflod; Temp. holdt sig høj, blev intermitterende, der kom Kulderystelse, Æmhed i Egnen af foramen mast., samt Svulst og Æmhed langs hele Forløbet af v. jugularis int. Diagnosen stilles på en purulent Sinustrøbose. Den  $19\frac{2}{3}$  frigjordes sinus transv. ved Mejselresektion af Kraniet, der var pus-*belagt*; i fossa sigmoidea en lille Epiduralabsee; sinus punkteres; da intet udflyder, spaltes den, og den puriforme Trombe fjærnes forsigtigt; herunder stærk Hæmorrhagi fra den centrale Åbning, hvorfor Jodoform-*gasetamponade*. I de følgende Dage holdt Temp. sig høj, af og til Kulderystelser, efter hvilke der viste sig mindre betydelige, væsentlig peri-*tendinöse* Metastaser, der hurtigt svandt efter Omslag; ligeledes svandt Svulst på Halsen et Par Dage efter Operationen. Såret var først helet den  $15\frac{1}{4}$ ; men Pat. var allerede feberfri i Begyndelsen af Marts. Han befinder sig nu vel.

Alle er vel enige om at operere en purulent Sinustrøbose; der-*imod* er der ikke fuld Enstemmighed med Hensyn til Underbindingen af v. jugularis. Statistiken synes vel at give et plus til Fordel for Underbindingen; men denne er ikke i alle Tilfælde udført på samme Måde, nogle Gange først længe efter Sinusoperationen. Måske kan den forårsage Skade, idet man kan løsne Trombepartikler; rimeligvis kan den i de fleste Tilfælde undværes. Det gælder om at skaffe Luft for Pusset; så elimineres de skadelige Produkter lidt efter lidt af sig selv. En almen Regel kan dog endnu ikke opstilles. Hvad enten man under-

binder eller ikke, hører der altid et vist Held til at føre Patientene igennem.

Prof. LENNANDER omtalade, att under det sista 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> året hade vid den kirurgiska kliniken i Upsala opererats 3 fall af purulent sinus-trombos. Sedan diagnosen konstaterats genom profpunktion in i sinus med en morfinspruta, hade v. jug. int. underbundits långt ner på balsen, hvarefter sinus öppnats vidt och utrymms. Dessa tre fall hade gått till fullständig hälsa. I de 2 fallen hade konvalescensen förlängts genom metastatiska abcesser å skilda ställen af kroppen. Det syntes honom vara fördelagtigt att efter underbindningen af v. jugul. int. sy fram den öfre änden af vennen i hudsåret, hvilket lemnas öppet under jodoformtamponen. Skulle tromben i v. jug. int. gå till smältning, kan man med en sådan efterbehandling fritt genomspola sinus transversus och öfre delen af v. jug. Under samma tid hade två patienter med purulent sinustrombos icke underkastats operation, emedan de redan vid inkomsten till sjukhuset företedde tecken till multipla abcesser i lungorna, diagnoser som bekräftades vid sektionerna.

Prof. UCHERMANN mener, at en af Ubehagelighederne ved Underbinding er, at den forøger Ödemet i Hjernehinderne.

#### P. AASER: Intubation kontra Trakeotomi.

O'DWYERS Behandlingsmetode for difterisk Krup forekom Taleren lidet kendt, og han vilde derfor fremlægge de Resultater, der var nået ved Ullevold Sygehus.

Der var ialt intuberet 156 Patienter med 37,2 % helbredede og 62,8 % døde. Blandt de 156 var der 36 som samtidigt vare blevne behandlede med Serum, og af disse helbredes 72,2 %.

För Serumbehandlingen var Resultatet af 120 Intubationer 26,6 % helbredede. Af de 156 intuberede bleve 15 underkastede sekundär Trakeotomi med 80 % døde. Särilig var Alderen under 2 År heldigare stillet ved Intubation end ved Trakeotomi.

Det bedre Resultat skyldes efter Talerens Mening dels den Omständighed, at mange Forældre nägte at lade deres Børn trakeotomere, medens der aldrig blev gjort Invendinger mod Intubation, dels skyldes det også Serumbehandlingen; mente ikke at have iagttaget nogen Af-tagen af Sygdommens Intensitet.

Efter at have omtalt Intubationens Teknik nævntes de Uheld, som kunde indtræffe under Intubationen og Efterbehandlingen. Af de første kunde *Tubens Indførelse i Ösofagus* i Stedet for Trakea, *Läsion af Slimhinden* og *falsk Vej* undgås, når Tuben förtes lege artis. *Löse Hinder i Trakea* kunde derimod være en Hindring selv for den mest övede og give Anledning til sekundär Trakeotomi. *Nedstödning af Hinder* under Intubationen var derimod sjældnere.

Af Uheld under Efterbehandlingen omtaltes särilig *Dekubitus* og Ernäringsbesvärligheder som värende af noget större Betydning. Den første forekom imidlertid ikke hyppig, og Taleren havde kun set 2

Tilfælde af sværere Beskaffenhed. Den ene døde og den anden fik en varig Stenose efter at have båret Tuben med enkelte Afbrydelser i 17 Dage. Efter Serumbehandlingens Indførelse havde Tuben aldrig ligget så længe, at den kunde frembringe Tryknekrose.

*Synkningsbesvær* var hyppig, men blev i Reglen overvundet, ved at Patienten fik sin Næring i liggende Stilling og i små Portioner. I to Tilfælde havde Taleren været nødt til at bruge kunstig Ernæring ved Nélatons Kateter gennem Næsen. *Tuben bør fjærnes så tidligt som muligt.* I enkelte Tilfælde havde den vist nok ligget 6—8—10—12 Dage uden Skade. Taleren fjærnedes den i den senere Tid altid forsøgsvis 3dje Dag, i Reglen definitivt. Måtte den indsættes på ny, blev den senere udtagen hver Dag, indtil den kunde fjærnes endelig. Kom der på 5te—6te Dag pludselig Asfyxi efter Udtagelsen, gjordes i Almindelighed sekundær Trakeotomi.

Som Kontraindikation mod Intubation omtaltes navnlig Stenose i Svælget på Grund af stærk Svulst og Membrandannelse.

Taleren nævnte derefter også de Farer, som Trakeotomi førte med sig.

I Forbindelse med Serumterapien var Intubationen efter Talerens Erfaring Trakeotomien langt overlegen. Dens vigtigste Fordele vare:

Ingen Modstand fra Forældrenes Side.

Lettere og hurtigere Udførelse.

Lettere og meget kortere Efterbehandling.

Ingen Anledning til sekundær Infektion.

Han anså det dog for nødvendigt at være fuldt fortrolig med bægge Operationsmetoder, så man ved forstaudigt Valg af bægge kunde søge at redde så mange Liv som mulig.

Prof. UCHERMANN kritiserede AASERS Statistik med den lave Helbredelsesprocent ved Trakeotomi overfor Intubation og mente, det stemte ikke med andre Statistikker, hvor Helbredelserne omtrent stode lige. På Grund af de få Difteripatienter kunde han ikke opstille nogen Statistik. Han fremhævede videre Fordelene ved Trakeotomi uden dog at underkende Intubationens Betydning. Hvor der er rigelig Membrandannelse, og hvor Læge ej stadig er tilstede, er Trakeotomien ubetinget af foretrække.

Prof. AASER: Intubation var sikkert anvendt nogle Gange, hvor Trakeotomien var hindret ved Forældrenes Modstand. Men ellers var der altid ved Intubation gået efter samme Indikationer som ved Trakeotomi. Han nå modsige Prof. UCHERMANNs Mening, at Trakeotomiens Efterbehandling er så let, at den kan klares af en Sygeplejerske. Der kan ved Trakeotomi som ved Intubation indtræffe Tilfælde, der kræve hurtig Lægehjælp. En voksen Kvinde, trakeotomeret af Prof. U. og senere indlagt på Ullevold Sygehus hos Taleren, havde strax fået et voldsomt Kvælninganfald, der ikke hævedes ved décanulement; men man måtte med en Tang hente Membraner op fra Bifurkatren; Pat. havde været uden Redning, om ikke Lægehjælp havde været tilstede; ti

en Sygeplejerske — selv nok så övet — havde ikke kunnet klare et sådant Tilfælde.

Prof. UCHERMANN mente, at det refererede Tilfælde netop talte for Trakeotomi, der jo var en nødvendig Betingelse for at ophente Membranerne.

JOHAN NICOLAYSEN (Kristiania) gav en Oversigt over **Entero-anastomosens** Anvendelse og anførte som Indikationer:

1) Som Hjalpeoperation ved Gastro-enterostomi (BRAUNs Jejunojejunostomi, ROUX's Metode: Gennemskæring af jejunum, Implantation af distale Del på Ventrikelns Bagflade og af den proximale Del i Siden af jejunum.

2) Som Erstatning for artificiel anus i Tilfælde, hvor man ellers måtte anlægge denne.

3) Som Operation for anus præternaturalis (Anastomose mellem tilførende og fraførende Tarmslynge.)

4) Som Kolekysto-duodenostomi ved Galdevejsaffektioner.

Ved Gastro-enterostomier kunde Hjalpeanastomoser undgås, ved at man anlagde stor nok Åbning, og ved anus præternaturalis viste de i Literaturen offentliggjorte Erfaringer, at der ikke ofte kom Lækning af Fistelen, — at Operationen følgelig ikke hjalp.

I teknisk Henseende galder det, at Åbningen bliver gjort stor nok.

Angående Spørgsmålet Suture eller Murphys Knap havde Foredragsholderen ikke tilstrækkelig personlig Erfaring til at kunne udtale sig med Bestemthed; men efter de foreliggende Data vilde han under almindelige Forhold anvende Suture. Særlig antoges ikke Murphys Knap at egne sig for Gastro-enterostomi.

Dr BORELIUS påpegede några detaljer i tekniken vid den wölflerska gastro enterostomien, bestående däri, att jejunum i längre utsträckning och i mera vertikal riktning fästades på ventrikelns framsida.

B. hade använt *Murphys* knapp vid gastro-enterostomi en gång; knappen hade aldrig kommit ut, utan antagligen fallit in uti ventrikeln, men där ej gjort någon märkbar olägenhet; ansåg instrumentet af mycket tvifvelaktigt värde vid gastro-enterostomi.

I 4 fall af entero-anastomos, 3 ändanastomoser och en sidoanastomos, hade *Murphys* knapp använts. (En knapp förevisades, som användts i alla dessa 4 fall). Ett fall gälde en cirkulär tarmresektion för anus præternaturalis; knappen utkom 21 dagar efter op.

I 2 fall gälde det primär tarmresektion för brandigt bräck; äfven dessa båda fall förlöpte normalt, och knappen utkom efter resp. 12 och 14 dagar.

Det 4:de fallet gälde en ileo-kolostomi vid ileus. Ileussymptomen gingo tillbaka, men småningom uppkommo symptom af peritonit, och då pat. 13 dagar efter op. dog, fanns knappen i ampulla recti. I bakhålan fanns en från op-stället utgående progredient varig peritonit, för bindelsen vid anastomosen var så lös, att den vid lätt vidröring lossades, så att tarmarna endast på enstaka ställen höllo tillsammans,

dessa ställen motsvarade de extra Lamberts suturer, som lagts utom knappen.

Murphys knapp har stora förtjänster men kan ock medföra stora olägenheter; instrumentets öde torde afgöras genom framtida erfarenheter om, huruvida förtjänster eller fel äro öfvervägande.

Dr. TSCHERNING påviste Mangelen ved nogle af de Murphys Knapper, som forarbejdedes i Evropa, den nemlig, at det centrale Skruerör på den mandlige Knap er for kort, hvorved Knapperne trykkes for nær sammen. Derved opstår Tryknekrosen i Tarmen for hurtigt. Ved de originale amerikanske Knapper er den mandlige Knaps Rör så langt, at det under Sammentrykningen danner en Hämning mod denne på det Punkt, hvor Fjederen, der trykker den ene Knaps Rand mod den anden Knap, begynder at virke. Herved opnås en jävnere Gennemulceration af Tarmväggen. Ved en Gastro-enterostomi for Pylorusstriktur (Ätsning) og stor Ventrikeldilatation døde Pat. af Inanition, da Ventriklen var for slap til at drive Indholdet ud i Tarmen. Knappen fandtes i Ventriklen; Mavetarmfistelen vellykket. Ved en Resektion for en tumor af coecum passerade Knappen i 2den Uge; men Pat. døde af en Suppuration i det retroperitonäale Bindeväv, der vist nok var opstået på Grund af de komplicerade Forhold. (Först en Nefropexi for Nyredescensus, dernäst Nefrotomi på Grund af Formodning om en Nyrelidelse, og da sådant ikke fandtes, men det viste sig, at man på Grund af Nyren havde overset Cockaltumor, gik man i samme Seance til Resektion af coecum).

Dr. MALTHE mente at Enteroanastomosernes mindre gode Resultat kom fra Arretraktioner og altså ikke kunde vidröre fra Knappen, som han har anvendt ved en Gastro-enterostomi. Pat. døde af Inanition tredje Dag, vist nok fordi M. väntede for länge med at begynde Ernärningen. Knappen havde virket godt. Dernäst har M. anvendt den i 2 Tilfælde af Pylorektomi: det 1ste gik meget smukt, derimod i det andet, hvor M. ikke kunde suturere på Bagsiden, kom der Fistel, Udströmning af Maveindhold. En Gazestrimmel ledede nemlig fra Bagsiden af Operationen ud igennem Såret. Perforationen indträdte 3dje Dag. Ved Maveudskylning kom ikke al Vädsken ud gennem Fistelen. Pat. døde först efter 3 Ugers Forlöp. Obduktion viste Knappen i Ventriklen. Ved Undersögelse af denne sås tillige, at den indkrängede Del af Maveväggen dannede en Ventil, som lukkede Äbningen til duodenum, men ved visse Fyldningsgrader kom Indholdet ud gennem Fistelen, der dannede en Sikkerhedsventil. — Meddelte derefter et Tilfælde, hvor han simpelthen havde spaltet det kankröse Väv og derpå sutureret dette igen i Tvärretning med märkvärdig Lindring for Pat.

(HEINCKE MICULICZ's Pyloroplastik).

Prof. JOHN BERG: Jag vill visserligen vara den förste att lyk-önska Dr: MALTHE till det vackra resultat han nått med sin pyloroplastik i detta fall, men då jag nu af honom hörer, att tvifvelsutan en *gastro-enterostomi* kunnat utföras, anser jag som en skyldighet att fram-

hålla, att efter min öfvertygelse risken och osäkerheten af det obepröfvade ingrepp, han använt, a priori måste ställas vida större än gastro-enterostomiens, och således hans förfaringssätt ej synes mig locka till efterföljd. Hvad de omtalade gallkräkningarna efter gastro-enterostomien angår, har jag endast *en gång* haft ett fall, där sådana fortforo i 3 dygn, men något dödsfall, som kunnat tillskrivas denna orsak har jag ej bevittnat i de bortåt 20 dylika operationer jag utfört. Af stor vikt i detta hänseende tror jag, i likhet med dr NICOLAYSEN, det vara, att anastomosen göres tillräckligt vid. I *ett* fall, där död inträffade omkring  $\frac{1}{2}$  år efter operationen, fann jag den ursprungligen omkring 3 em. vida öppningen förträngd därhän, att knapt mitt lillfinger kunde däri införas. Märkeligt nog hade patienten det oakadt ej företett symptom af stenosis. Sedan dess har jag städse begagnat en omkring 5 em. lång incision i magväggen. Flere af de så opererade fallen ha ej haft en enda kräkning. Vikten af dessa patienters nutrering redan från första dagen har jag till fullo insett, och har jag att tacka prof. ROUX i Lausanne för upplysningen därom.

Murphys knapp har jag hittills aldrig använt och saknar altså erfarenhet därom.

Dr. TSCHERNING spurgte, om det af Dr. MALTHE refererade Tilfälde af cancer pylori, der var behandlet med Spaltning af tumor og Sutur af samme, var mikroskopiskt. Tal. havde observeret, — og det er jo almindelig kendt. — Tilfälde af klinisk utvivlsom cancer i Digestionskanalen, hvor Mikroskopet sagde Nej. Som Exempel skulde han netop nämne den nylig omtalte Patient med tumor af coecum. Men også i Ventriklen havde han set slikt.

Dr. MALTHE respekterer de andres Indvendinger, men fastholder sin Position. Han har mange Erfaringer for, at Snit i Kræftsvulster hele mærkværdigt godt. Dertil kommer, at man kan sy Oment over, således som M. i dette Tilfælde gjorde.

Med Hensyn til TSCHERNINGS Spørgsmål må siges, at her ikke foretoges mikroskopisk Diagnose; men med al Respekt for den mikroskopiske Diagnose vilde M. dog sætte den makroskopiske Diagnose som langt sikrere i et Tilfælde som dette. Der var ikke Tvivl for ham om, at der i dette Tilfælde forelå cancer, da der sås Metastaser i Lymfekirtlerne. De ydre Lag ere stærke og kunne sys.

#### Dr. BORELIUS: Operativ behandling af dilatatio ventriculi.

M. H. Med dilatatio ventriculi mena vi ju *kliniskt* en mekanisk insufficiens i ventrikeln, som orsakar en stagnation af ventrikelinnehållet. Det stagnerande maginnehållet undergår diverse förändringar och orsakar en rad af symptom, som karakterisera sjukdomen. Vanligtvis kan därvid en förstoring af organet direkt påvisas; däraf namnet.

En dylik mekanisk insufficiens af ventrikeln kan antingen vara orsakad af ett *hinder i pylorus* eller af svaghet i de utdrifvande krafterna, af *atoní i magmuskulaturen*.

Det är den senare formen, den s. k. *atoniska ventrikeldilatationen*, som jag här vill bringa på tal.

Det är själfklart, att en operativ behandling vid en sjukdom sådan som denna ej kan komma i fråga, förr än alla de behandlingsmetoder, som den inre medicinen har till sitt förfogande, försökts under längre tid och visat sig fruktlösa, och kanske äfven då endast i de fall, där pat:s arbets- och förvärfsförmåga väsentligen inskränkes, och allmän kakexi hotar.

Det är ett dylikt fall, som jag vill i korthet meddela.

F. J., 31 år, Handlande. Pat. förlägger början af sin sjukdom till 1881. Sedan den tiden har han lidit af plågor efter maten och ofta kräkning kort efter intagen föda i synnerhet under de första åren; aldrig haft blodig kräkning; under senare år har han mera sällan kräkt. Har i allmänhet plågats af svår törst; för att tillfredsställa denna har han druckit stora kvantiteter vatten, mjölk, öl (doek aldrig mer än 3 halfbteljer öl dagligen). Halsbränna och dålig matlust nästan alltid: urinnmängd förminskad; pat. har iakttagit, att försämring i hans tillstånd regelbundet åtföljts af minskad urinnmängd och förstoppning. I synnerhet i liggande ställning och efter måltider har han iakttagit skvalpningsljud i buken vid rörelser. År 1891 förklarade läkare vid Ronneby brunn för honom, att han led af magdilatation, och lärde honom använda magpump, hvaraf han doek då sällan och oregelbundet begagnade sig. År 1893 kom han vid Ronneby brunn under behandling af d:r HAMMARBERG; erhöll daglig behandling med magpump, elektricitet och massage. Förut hade all tänkbar invärtes medicin användts. Under återstoden af 1893 och hela år 1894 använde han dagligen magpump; under flere månader därjämte elektricitet. Mot slutet af 1894 försämrades det oakadt hans tillstånd; hans krafter minskades, och han kunde endast med svårighet sköta sin affär. På den grund vände han sig till mig för att erhålla kirurgisk hjälp, hvar till d:r HAMMARBERG tillfrådt honom, om årslång behandling med magpump och elektricitet skulle visa sig resultatlös. Han intogs på Karlskrona lasarett d. <sup>27</sup>/<sub>11</sub> 94.

Hans tillstånd var då följande: Ytterligt mager, ser blek och kraftlös ut; klagar öfver bristande matlust samt smärtor och oro efter maten. Måste regelbundet på aftnarna använda magpump och tömma magen för att få ro. Vid undersökning af buken finnes den insjunkne, och ventrikelregionen ej framhvälfd; vid palpation af denna kan lätt framkallas skvalpningsljud; vid perkussion af ventrikeln efter uppblåsning träffas dess nedre gräns midt emellan naveln och symfyssen. Vid pumpning af ventrikeln fastande uttömdes i allmänhet omkr. 100 gm tunnflytande, starkt sur vätska, som innehöll endast obetydlig mängd matrester. (Hemma har ofta anträffats rester af föda, förtärd en eller annan dag förut). Genom slangen intappas 3 liter vatten lätt och utan att pat. känner obehag; (mera ansågs ej lämpligt).

Från öfriga organ intet abnormt; urinen håller ej ägghvita eller soeker.

<sup>30</sup>/<sub>11</sub> 94 operation. Genom ett snitt i linea alba blottades och framdrogs ventrikeln, som visade en betydlig storlek. Inga abnorma adberenser funnos, och inga ärr eller tumörer kunde palperas; med främre ventrikelväggen skjuten före kunde två finger med lätthet föras



genom pylorus. Nu syddes med i alt 50 st. sutura nodosae af silke framsidan af ventrikeln i en mängd veck, hvarigenom curvatura major höjdes uppåt och närmades curv. minor; suturerna fattade endast serosan och muscularis. Härunder fylde sig ventrikeln med gas, så att bakom lig. gastro-colicum bjöd sig bakre ytan af ventrikeln. Genom ett par öppningar i detta anlades 25 st. liknande suturer på ventrikelns baksida. Härigenom var ventrikeln betydligt både uppdragen och förminsad. Bubsutur i ctagar.

Läkningsförloppet reaktionsfritt; d. <sup>11</sup>/<sub>12</sub> uttogos buksuturerna. D. <sup>14</sup>/<sub>12</sub> uppkom trombos i vänstra benet, som förlängde konvalescensen, så att han först d. <sup>28</sup>/<sub>12</sub> kunde gå uppe och d. <sup>31</sup>/<sub>12</sub> utskrefs från lasarettet. Efter hemkomsten förbättrades pat. högst betydligt och kände sig snart friskare än någonsin förut; hade inga obehag efter maten, ingen törst, behöfde aldrig använda magpump. Urinmängden ökad. Hans kroppsvikt var d. <sup>1</sup>/<sub>1</sub> 95 60 kilo, den ökade sedan stadiigt till d. <sup>1</sup>/<sub>4</sub>, då den var 70 kilo.

Förbättringen blef af kort varaktighet. I början af april uppkom utan anledning småningom en försämring, och de gamla symptomen återkommo igen; stark törst, känsla af öfverfyllnad i ventrikeln o. s. v.

D. <sup>15</sup>/<sub>5</sub> instälde han sig på lasarettet med begäran att å nyo blifva opererad. Hans tillstånd var då ungefär det samma som förra gången; kroppsvikten hade gått ned till 62 kilo. Vid uppblåsning af ventrikeln befans dess nedre gräns stå 2 tvärfinger nedom nafveln. Det upphemtade ventrikelinnehållet, som innehöll obetydligt med matrester, var utan lukt, innehöll fri saltsyra och egde täml. god digestionsförmåga. De fasta beståndsdelarna bestodo af slem, mikroorganismer i mängd och kristaller.

D. <sup>18</sup>/<sub>5</sub> 95. *Gastro-enterostomi* (WÖFLER); snitt i det gamla äret; omentet låg uppåt och var adherent till bukäret och till ventrikeln på flere ställen. Curv. major syntes ej väsentligen hafva sänkt sig nedåt; hela framsidan af ventrikeln var rodnad, och magväggen kändes förtjockad; här och hvar syntes vecken från den förra operationen, men af silkesuturerna syntes ej mycket till. Ventrikeln föreföll nu i synnerhet förstord i längdriktning, både från pylorus- och fundussidan kunde abnormt stora partier af ventrikeln framdragas i såret. Nu gjordes en typisk WÖFLERs gastro-enterostomi på omkr. 70 em:s afstånd från flex. duodeno-jejunalis och med tämligen vertikal riktning af tarmslyngan på ventrikelns framsida (enl. WÖFLERs senaste anvisning). Vid insnitt i magväggen träffades ett veck, hvilket gjorde liten svårighet vid suturens anläggande. Bubsutur. Läkningsförloppet reaktionsfritt; d. <sup>28</sup>/<sub>5</sub> var buksåret läkt och suturerna uttagna. D. <sup>31</sup>/<sub>5</sub>: gallkräkningar ett par gånger; ett par dagar efteråt användes magpump, hvarvid maginnehållet befans gallfärgadt. D. <sup>6</sup>/<sub>6</sub> 95 utskrefs pat. från lasarettet. D. <sup>7</sup>/<sub>7</sub>: tillståndet godt, börjar tilltaga i vikt, inga obehag.

En operativ behandling af dilatatio ventriculi bör hafva till mål att söka på mekanisk väg häfva eller motverka möjligheten för stagna-



tion i ventrikeln. Detta kan ske, antingen genom att man förminskar ventrikelns kapacitet och på samma gång förflyttar dess mest dekliva punkt ett stycke högre upp, hvarigenom naturligtvis afloppet och transporten till pylorus underlättas, — eller därigenom att man skaffar direkt aflopp från fundus ventriculi till jejunum genom en gastro-enterostomi.

Det första sättet är föreslaget af BIRCHER<sup>1)</sup> och af honom satt i verket på det viset, att af främre ventrikelväggen bildas ett veck, som fälles inåt ventrikeln i längsgående riktning från pylorus till närheten af cardia; vecket sammanhålles medels en rad sero-serösa suturer, som uppåt ha fattning i närheten af curv. minor, nedåt nära curv. major. På detta sätt höjes curv. major upp betydligt, och därjämte reduceras ventrikelns kapacitet ej obetydligt. BRANDT<sup>2)</sup> har sökt vinna det samma genom att mera regellöst med suturer sammanveckta ventrikelns framsida och, i den mån den kan göras åtkomlig, äfven baksidan.

Om dessa operationsmetoder kan man väl säga, att de hafva den förtjänsten att vara relativt ofarliga och tekniskt lätta att utföra. Å andra sidan kan väl med fog den invändningen göras, att bakre ventrikelväggen är till stor del oåtkomlig, och att en förminskning af ventrikelns främre vägg måhända endast har till följd, att den bakre utspännes så mycket mer. Vidare är det ju möjligt, att dylika veck i längden ej hålla stånd, utan tänjas ut. Säkrare verkan bör gastro-enterostomien hafva. Om denna är lyckligt anlagd, bör möjligheten för stagnation i ventrikeln fullständigt bortfalla, då ju fundus ventriculi nedåt står i direkt förbindelse med tarmen. Mot gastro-enterostomien kan invändas, att den är ett större ingrepp, att den anlagda fisteln icke alltid fungerar efter önskan, att svårighet kan uppstå för gallans passage o. s. v.

Hvad nu beträffar betydelsen af en operativ behandling vid den atoniska ventrikeldilatationen, dess berättigande till en början, så är den erfarenhet, som föreligger altför begränsad, och de resultat, som ernåtts, altför magra, för att man skulle kunna dömma därom. Försök i den vägen måste väl ändå anses berättigade, då erfarenheten synes visa, att fall förekomma, då all annan behandling visar sig fruktlös. Erfarna specialister på detta område — EWALD, ROSENHEIM, BOAS uttala sig i den riktningen. ROSENHEIM anser operativ behandling indicerad, då konsekvent magsköljning ej medför förbättring och kakexi hotar.

BIRCHER har opererat 10 fall efter sin ofvan nämnda metod, af dessa äro endast 2 att hänföra till den atoniska ventrikeldilatationen. Af dessa är den ene pat. efter 3 år fortfarande botad; om den andre angifves, att ventrikelns funktion ett år efteråt är god, men af sjukhistorien framgår, att pat. var nevrasteniker och resultatet svårt att säkert bedömma.

<sup>1)</sup> Corresp. Bl. f. Schweiz. Ärzte 1891, 23, 1894, 18.

<sup>2)</sup> Centrabl. f. Chirurgie, 1894, 16.

BRANDT har opererat ett fall, läkning inträdde, men senare resultat angives ej. I mitt fall medförde den första operationen betydlig förbättring, som dock varade endast 3 månader. Resultatet af den senare operationen kan ännu ej bedömnas, men är lofvande.

Gastro-enterostomi vid atonisk ventrikeldilatation är utförd endast enstaka gånger (JEANNEL, v. KLEEFF). Resultatet angifves som utmärkt.

JOHAN NICOLAYSEN: Det blev af Dr. BORELIUS nämnt, at en dilatatio ventriculi kan udvikles som Følge af Mangel på Drivkraft i Ventriken, og det er bl. a. af Dr. UNGE VETLESEN ved en Sammenstilling af Sektioneresultater sandsynliggjort, at der kan komme dilatatio ventriculi på Grund af ulcus, som ikke strikturerer pylorus, men som virker derved, at en større Del af Ventrikelvæggen er berøvet sin motoriske Ävne.

Det 3:dje af mig opererede Tilfælde af dilatatio ventriculi kom fra först af ind med ulcus + dilatatio og behandledes först for ulcus og senere med Udskylning. Hun udskreves; men da Tilstanden ikke bedredes, kom hun atter ind til Operation. Der viste sig ingen Pylorusstriktur, men derimod et stort ulcus (papirtyndt, gennemskinneligt Parti) på forreste Ventrikelflade. Dette Parti foldedes ind og sutureredes, og der gjordes Gastro-enterostomi. Patienten kom sig hurtig og har nu i omtrent et År befundet sig vel.

Professor OTTO ENGSTRÖM (Helsingfors). **Tarmparalysi efter operativa ingrepp i bukhålan.**

Föredragaren refererade följande fall: Patienten 37 år, lidande af Larcoma ovarii dextri. Den <sup>9</sup>/<sub>5</sub> 1895 ovariectomia dextra. Rikligt blodig ascites, som upphettas med sterila tapfrar: mesenteriet och tarmarna därvid utsatta för länge upprepade stötur. Den opererade hemtar sig hastigt, men kräkningarna genast från början ovanligt svåra. Meteorism börjar småningom visa sig och tilltaga, blir dock aldrig mycket höggradig. Kräkningarna blifva snart fekulenta. Inga gaser afgå per rectum. Pulsen blir genast från början mycket tät. Ingen feber, mot slutet lätt subnormal temperatur. Urinsekretionen mot slutet sparsam. Sensoriet under de första fem dagarna alldeles klart. Stora lavemanger äfven med terpentin och magspolningar utan effekt. Tilltagande kollaps, hvaremot stimulantia och subkutan koksalttransfusion, yttre värme m. m. Den <sup>15</sup>/<sub>5</sub> på morgonen ny laparotomi in extremis: intet mekaniskt hinder, ej spår af peritonit, ileum af gaser uppdrifven. Död omkr. 25 minuter efter det patienten bragts i sin bädd. En timme senare öppnas bukhålan under aseptiska kauteler, från peritoneum uttages prof för bakteriologisk undersökning å pepton, buljong, agar och gélatina. Alla profven sterila. Nekroskopi 6 timmar post mortem: ej spår af peritonit eller septisk infektion. Tarmarna fria. Colon hopsjunken. Ileum diffust uppdrifven af gas utan skarp gräns. Duodenum och öfre delen af jejunum ej uppdrifna.

SALIN: Frågas, huru fekula kräkningar kunnat ega rum, då tarmen var paralyserad.

ENGSTRÖM: svaret är lätt. Såsom af referatet framgick var ileum fullständigt utspänd af gaser och paralyserad; här förelåg således ett absolut hinder för tarminnehållets passage. Däremot var duodenum och öfre delen af jejunum icke uppdrifven, icke paralyserad. Den öfre delen af tunntarmen drifver sitt innehåll ditåt, där hindret icke är absolut. Denna förklaring för kräkningarna vid ileus paralyticus är gifven redan för ganska länge sedan.

Af Dr G. NAUMANN, Helsingborg: **Om peritoneal tuberkulos.**

Först genom KÖNIGS uppsats 1884 har en mera allmän uppmärksamhet fästats vid den tuberkulösa peritoniten och dess operativa behandling. Kasuistiken har sedan år för år ökats, så att ROLLSEN 1893 kunnat sammanställa 358 med laparotomi behandlade fall.

Förf. själf har iakttagit 17 fall, af hvilka 16 opererats, och anser tuberkulosens oerhörda frekvens i Helsingborgstrakten som orsak, hvarför han jämförelsevis ofta sett sjukdomen.

Han berör vidare sjukdomens frekvens i allmänhet och dess förhållande till kön och ålder. Bland författarens 17 fall funnos 4 män. Hans yngste patient var 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> och den äldste 64 år.

Härefter omnämnes i korthet sjukdomens etiologi, och omtalas den primära och sekundära peritoniten samt deras förhållande till tuberkulos i andra organ, hvarvid framhålles ett af förf. observeradt fall, där bukhinnetuberkulosen öfvergått på plevran, men där lungorna voro friska.

Sjukdomens växlande patologiska anatomi genomgås därefter i allmänna drag, och omtalas särskildt tuberklernas sammanflytande till mandelstora massor, hvilket förf. i ett fall iakttagit. Likaså har förf. sett en förtjockning af peritoneum parietale på nära 2 cm.

Som en särskild form, men en läkt sådan, af tuberkulös peritonit torde man numera hafva rättighet uppföra den s. k. peritonitis nodosa.

Härefter genomgås i allmänna drag sjukdomens symptom, och omtalas den sällsynta, tyfoidfeber-liknande formen, som förf. en gång sett.

De olika kliniska indelningarna, som man i Tyskland och Frankrike försökt uppställa, omnämnes delvis, och af dessa förordas den af ALDBERT 1892 uppställda i aseitesformer af akut, subakut och kroniskt förlopp, fibrösa, torra och fibrinoplastiska former samt slutligen uleerösa, som åter delas i torra och suppurerande.

De ofta oerhörda svårigheterna, som diagnosen erbjuder, omtalas, och de viktigaste omständigheterna, som härvid kunna vara ledande, framhållas. Särskildt betonas vikten af anamnesen och sjukdomens remittenta förlopp. Allmänna tillståndet kan vara både godt och dåligt, med eller utan feber.

Förf. framhåller, huru han sett flere fall, där intet annat sjukligt kunnat påvisas än exsudater i buken.

Diagnosen kan oftast endast ställas per exclusionem, och om ingen utgångstuberkulos i lungor, tarmar, genitalia eller ben förligger, så får man ofta nöja sig med en sannolikhetsdiagnos.

De för tuberkulös peritonit karakteristiska fysikaliska symptomen omnämnas, och, om alla tecken svika, förordas profincision, så mycket hellre som denna på samma gång vanligen är den lämpligaste behandlingsmetoden.

Att alltid fordra bakteriologisk undersökning anser förf. orimligt, då denna i regel ej kan göras före laparotomien. Skulle man efter incisionen tveka mellan tuberkulos och disseminerad cancer eller sarkom, så måste den patologisk anatomiska och bakteriologiska undersökningen afgöra saken, hvarvid man vid den sist nämnda undersökningen måste hafva i minnet den läkta formen af tuberkulös peritonit.

Prognosen synes äfven vid expektativ behandling ej vara så ogynnsam, som mången antagit, i det att vid dylik behandling enligt Pic 34 % af barn och 18 % af vuxna förbättrats eller tillfrisknat.

Laparotomien lemnar emellertid ända till 70 % tillfrisknade.

Bland de operativa behandlingsmetoderna omnämnas punktion och laparotomi, hvilken senare förordas, då punktion är mindre verksam och kan vara farlig i följd af tarmadherens till främre bukväggen.

Ett par fall, där förf. vid recidiv med fördel använt punktion, nämnas, och bland dessa en gosse, som var den andre manlige individ, hvilken opererats efter stäld diagnos.

I två fall har förf. vid operation af kongenitala hernier uttappat exsudat genom bräckporten.

Därefter framhålles det olika tillvägagångssättet vid laparotomi mot de olika formerna och prognosens växling från den särdeles gynnsamma vid de inkapslade ascitesformerna och de fibrinoplastiska till den nästan letala vid de ulcerösa, multikulära varhårdarna eller det allmänna suppurativa exsudatet. En fullt rationel operation kan först då utföras, om den ursprungliga härden kan aflägsnas, hvilket stundom är möjligt. Som regel gäller att operera tidigt.

Vid efterbehandlingen betonas vikten af god hygien, lämplig diet m. m.

Kontraindikationer mot laparotomien betingas hufvudsakligen af mera framskriden tuberkulos i andra organ.

Den totala mortaliteten efter laparotomien uppgår intill två år efter operationen till 23 %, af hvilka dock många länge varit friska.

En läkning äfven i anatomiskt afseende är flere gånger efter laparotomi genom obduktion eller förnyad laparotomi konstaterad.

Då man ej kan räkna på spontan läkning, anser förf. operation fullt berättigad, om denna kan verka som en impuls till läkning. Att så är förhållandet, synas de nyare undersökningarna visa.

Laparotomien leder till resultat såväl vid de torra formerna som vid dem med flytande exsudat, och verkan måste altså sökas i något för dessa gemensamt. Detta anser förf. just vara den genom buksnittet orsakade, traumatiska insulten, hvilken å det känsliga peritoneum orsakar ett betydligt ökad blodtillflöde, hvarvid det bakteriedödande blodserum, som i motsats till antiseptica kan intränga öfveralt, kommer i ökad

mængd i beröring med bacillerna. Denna impuls till läkning synes förf. hittills altför litet beaktad.

Härmed är dock ingalunda läkningen efter laparotomi förklarad. Andra, viktiga moment måste tillkomma, och i detta afseende äro de af NONOTTI och BACIOCCHI 1895 publicerade djurförsöken mycket upplysande.

De hafva genom injektion af tuberkulöst materiel åstadkommit tuberkulös peritonit å hundar och kaniner. Utan laparotomi dogo dessa nu efter viss tid, hvarvid det visade sig, att tuberkelerna spridt sig till lymfkörtlar, lever, pleura och lungor. Efter laparotomi tillfrisknade 7 hundar och 2 förbättrades, hvaremot hos 2 ingen förbättring kunde påvisas.

Vid mikroskopisk undersökning iakttog man, att bacillerna sönderfölo kornigt, och dessutom märktes fagocytos af nybildade, epiteloida celler. Tuberkelbacillerna hade förlorat sin virulens. Vidare iaktogs en degeneration af de celler, hvaraf tuberkelerna voro sammansatta, samt inträngande af nybildade kärl och bindväf i tuberkelerna, hvarigenom dessa resorberades och ersattes af ärrväf. Peritoneum kunde härigenom få ett nästan normalt utseende; men i andra fall kvarstodo adhesioner och ärriga knottor.

Detta senare visar ju tydligen tuberkulosens öfvergång, till hvad man kallat peritonitis nodosa, hvilken altså torde få anses som en experimentelt bevisad, läkt tuberkulos.

Laparotomien stegrar, enligt dessa experimentatorer, läkningsprocessen i hög grad i följd af inflammatorisk retning, som visar sig genom infiltration af hvita blodkroppar kring tuberkelerna, förhöjd blod- och lymfströmning samt ökad resorptionsverksamhet.

Redan OSLER har påvisat en dylik bindväfsvandling af tuberkelerna 5 månader efter gjord laparotomi, och nyligen har JORDAN iakttagit det samma. I båda dessa fall kunde tuberkulosen ännu till fallo konstateras.

Att adherensbildningen dock ej saknar sin rol vid läkningen, anser förf. saunolikt. Adhärenserna finnas ofta vid operationer och äro iakttagna i 45 % af sektionerna.

Förf. framhåller, att det ljus, som de nyare forskningarna äro egnade att sprida öfver läkningsprocessen efter laparotomi mot peritonealtuberkulos, bör kraftigt bidraga att öka förtroendet för denna den mest rationela behandlingen af den tuberkulösa peritoniten.

Dr. BORKREWINK: Den såkaldte fibröse Peritonit kan vel näppe, som af NAUMANN gjort, kaldes helbredet peritonitis tub. men som en Form af tuberkulös Peritonit i Flor. Den af aseites ledsagede Peritonit er knudret og kan således kaldes fibrös. Men dels viser denne sig fuldt udviklet i ganske friske Tilfælde, hvor der ikke er Tale om Helbredelse, dels er den såkaldte (men utvivlsomt fejlagtigt) fibröse Peritonit en virkelig tuberkulös Proccs. Han havde selv opereret 4 og undersøgt 2 Tilfælde af den Art, hvor der var Tuberkelbaciller i Knuderne, men meget få (i 32 Präparater fundet 1 (en) Bacil i det ene Tilf.; i 60 Präparater af et andet Tilf. fundet 2 Baciller). Der-

imod har Indpodning på Marsvin af Stykker af Oment og peritonæum altid givet positivt Resultat; ligeledes positivt Resultat ved Injektion af Ascitesvædsken, hvor den fandtes. Peritonæalinjektion hos Marsvin af Ascitesvædske, hvor Diagnosen Tuberkulose er tvivlsom, kan altid benyttes som et sikkert diagnostisk Middel. Feber er ikke noget karakteristisk Symptom ved tuberkulös Peritonit, men tyder snarere hen på en Komplikation, — som overhovedet Feber ved Tuberkulose; Tuberkulosen i og for sig er måske en ren afebril Sygdom.

D:r BERGH: Det är två former af peritonealtuberkulos, jag haft att göra med. Den ena, en mera akut, har jag tillfälligtvis träffat vid bräckoperationer hos barn uti tre fall. Utgjutningen i buken har varit ganska obetydlig, och barnet har icke företeit några bestämda diagnostiska kännetecken på ett så svårt lidande, men, som sagdt, vid bräckoperationen har anträffats miliära tuberkler synnerligen talrika å tarmarnas peritonealbeklädnad.

Vid den andra, den kroniska formen, är innehållet i buken oftast högst betydligt. Peritoneum, framföralt det parietala blodet, är till den grad förtjockadt, att det är med största svårighet och under ständig oro för att skada någon tarm, som man arbetar sig in uti peritonealhålan. Denna är i vissa fall enrummig, men i andra, och icke så sällan, genom svålar och adherenser afdelad uti flere rum. Där och hvar å tarmarna och för öfrigt hvar som helst å peritonealbeklädnaden anträffas större och mindre tuberkler, icke sällan så stora som ärtor och hopgyttrade i stora klasar. Patienternas krafter äro i högsta grad nedsatta; hullet reduceradt till ett minimum, och utscendet högeligen marastiskt.

Man kan därför icke annat än storligen förvåna sig öfver, att en enkel laparotomi, låt vara förenad med någon jodoformningnidning eller under begagnande af ett svagare antisepticum, kan verka en sådan omstämning inom organismen, att de sjukliga förändringarna mer och mer försvinna, matlusten ökas i hög grad, så äfven hull och krafter, och patienten lemnar sjukhuset uti oftast det mest blomstrande tillstånd.

Det är 7 patienter — 2 män och 5 kvinnor mellan 9 och 22 år — som å härvarande lasarett sökt bot för denna form af peritonealtuberkulos: och de hafva alla med undantag af en 9-årig flicka, som inkom in agone, utskrifvits utan symptom af sitt onda. Jag måste därför anse prognosen vid denna åkomma synnerligen god.

P. SÖDERBAUM: M. h.

Så vidt jag kunnat finna, har d:r NAUMANN hufvudsakligen talat om tuberculosis peritonæi, d. v. s. den kroniska formen. Då jag förhållit är iakttagit 2 fall, som förlupit som akut peritonit, må det tillåtas mig att i korthet omtala dessa 2:ne fall:

1. En 59 år gammal kvinna hade endast 3 veckor för operationen märkt, att buken började svälla. 8 dagar före operationen fans betydlig ascites. och pat. klagade öfver svåra plågor i hela buken, var allstädes där starkt öm och hade kräkningar. Som symptomerna stän-

digt tilltogo och hotade pat:s lif. skreds till laparotomi, hvarvid en mängd ascitesvätska uttömdes. Det befans, att så väl det viskerala som parietala bladet af peritonæum var tätt besatt med miliära tuberkler saunt särdeles lifligt injicieradt. Efter operationen fortforo de peritonitiska symtomen. och pat. afled 7 dygn efter den samma.

2. En 25 år gammal kvinna sjuknade 5 dygn före operationen häftigt med plågor i buken, särskildt dess nedre del samt kräkningar och förstoppning. På andra sjukdomsdagen erhöil hon öppning efter lavemang. Buken var operationsdagen måttligt utspänd, något mera utbuktad åt höger. Tympanitisk ton fans öfveralt utom öfver högra fossa iliaca, där tydlig dämpning konstaterades. Ingen resistens kunde palperas. Pat. markerade tämligen stark ömhet i nedre bukregionen. Temperaturen operationsdagens morgon var 39,4° C.

Det häftiga insjuknandet, de häftiga plågorna i nedre delen af buken, dämpningen öfver högra fossa iliaca talade för utgången af den peritonitiska processen från processus verniformis. Mot ett sådant antagande talade frånvaron af resistens därstädes. Dock antogs detta som sannolikt, och snittet lades därför parallelt med högra ligam. Poup. Vid operationen fans appendix normalt, men däremot konstaterades peritonealtuberkulos samt tuberkulösa förändringar i högra ovariet. Bukhålan innehöll rätt mycket tunnflytande, något blodfärgadt exsudat, hvilket aflägsnades så noggrant som möjligt, hvarjämte fans stark injektion af peritonæum.

Efter operationen var pat:s tillstånd rätt betänkligt till följd af fortfarande peritonit under de närmaste 5 dagarna. Sedan bättrades tillståndet småningom, och kunde pat. utskrifvas symptomfri 38 dygn efter operationen.

Utom dessa fall har jag opererat 6 fall af kronisk peritonealtuberkulos, af hvilka 5 läkts och 1 dött. De läkta gjorde dock på mig intrycket blott att vara förbättrade. Däremot syntes mig det andra fallet af akut peritonealtuberkulos vara tillfrisknad. Senare underrättelser om patienterna saknas.

BORELIUS: Den *spontana* läkningen af en tuberkulös peritonit har, synes mig icke i diskussionen tillräckligt framhållits. Äfven svårare fall kunna dock spontant gå till hälsa, en betydande tuberkulös ascites kan spårlöst försvinna.

Hr B. hade under de sista 3 åren behandlat 8 fall af peritonealtuberkulos. Af dessa hade 4 opererats; 3 afled under loppet af några månader efter operationen, 1 lefver, frisk och läkt, 1 år efter operationen.

De icke opererade 4 fallen hade varit de svårare; på grund af dåligt allmäntillstånd och komplikationer från lungorna hade operation ansetts kontraindicerad. I 2 af dessa fall hade dock spontan läkning inträdt, ascites hade försvunnit, allmänna tillståndet höjt sig, och symtomen från lungorna förbättrats.

I det ena fallet hade läkning konstaterats 7 månader efter utskrifningen från lasarettet; i det andra fallet hade läkning konstaterats ett



år efter vistelsen på lasarettet, kvinnan kunde dagligen arbeta ute på fältet.

Af diagnostiskt intresse var ett fall, där på grund af feldiagnos gjordes laparotomi. Barnet, en 5 års flicka, dog några dagar efter operationen. Sektionen visade *lefvircirros* synnerligen höggradig med kolossal förstoring af mjälten.

Overläge SCHEPELERN: I Tilslutning til det holdte Foredrag vil jeg tillade mig at meddele to Tilfælde, hvor jeg med Hensyn til Diagnosen: peritonitis tuberculosa har mødt diagnostiske Vanskeligheder.

*Det ene* angik en 9 År gammel Pige, som i Febr. 91 indkom på Kysthospitalet. Hun var begyndt at skranke et Par År før Indlæggelsen, havde tabt Appetiten, var magret af, og en kronisk Diarré med et Par Gange tynd Åbning daglig, uden Blod eller Slim, havde i det sidste Års Tid været tilstede. Smerter havde der ikke været tilstede i Underlivet, men en efterhånden tiltagende betydelig ascites havde udviklet sig; ligeledes i den sidste Tid lidt Ödem af Underextremiteterne. Hun var ved Indlæggelsen ekstremt afinagret, Huden var tør og skallende, og på den udspilede Underlivsvæg sås talrige Hudvener. På Halsen var der en ubetydelig Glandelsvulst; men ellers opdagedes ingen tuberkulöse Affektioner. — Den indlæggende Læge mente, at en tuberkulös peritonitis var tilstede. Under Hospitalsopholdet, der varede 59 Dage, iagttoges ingen væsentligere nye Symptomer; af og til bemærkedes lette, uregelmæssige Temperaturforhøjelser. Appetiten bedredes lidt i den første Tid, også Åbningen blev mere naturlig; men snart tabte denne forbigående Bedring sig igen, og Appetit og Kræfter toge hurtigt af.

Foruden anden passende medikamentel og Badebehandling foretoges 3 Gange Paracentese af abdomen, og der udtømtes en rigelig Mængde Vædske, der den første Gang var let uklar, sidste Gang næsten vandklar. Umiddelbart efter Paracenteserne kunde man konstatere, at der ikke var nogen Svulst af Lever eller af Milt; derimod følte man efter Paracenteserne utydeligt nogle knudrede, som det syntes, bevægelige Masser, en Gang under højre Ribbensrand, en anden Gang i Umbilikalregionen. Sedimentet af den ndtømte Vædske undersøgtes to Gange; første Gang fandt vi ingen Tuberkelbaciller, men anden Gang, da vi undersøgte efter BIEDERTs Sedimenteringsmetode, lykkedes det at finde Tuberkelbaciller (i 2 Präparater af 6).

Som De vil se af denne Sygehistorie, lignede Sygdomsbilledet i høj Grad en tuberkulös peritonitis med et stort Exsudat. De omtalte knudrede Masser, som vi et Par Gange følte gennem Underlivsvæggen, kunde tydes som tuberkulöse Infiltrationer i Oment eller mellem Tarmansæ, og da der endog en Gang var påvist Tuberkelbaciller i den udtømte Vædske, syntes denne Diagnose yderligere sikret. Om der også var tuberkulöse Ulcerationer i Tarmen, måtte man lade stå hen. Den kroniske Diarré, der dog, som sagt, ikke var nstandselig eller stærkt fremtrædende, kunde jo nok tale for, at sådanne vare tilstede. Havde ikke hendes Almentilstand været så ussel, anser jeg det for sandsynligt, at jeg vilde have foretaget Laparotomi. Jeg gjorde det imidlertid ikke, og det var heldigt; ti Diagnosen var fejlagtig. Det viste sig nemlig ved Sektionen,



at det, hun led af, ikke var en tuberkuløs peritonitis, men derimod en meget betydelig tuberkuløs Infiltration med Degeneration af Mesenterialkirtlerne, som rimeligvis ved Tryk af vena porta var Årsag til den betydelige ascites. Tarmsår fandtes ikke, og i det hele taget ingen tuberkuløse Affektioner af andre Organer.

*Det andet Tilfælde* angår en 15-årig Dreng, som i Slutningen af 1894 indlagdes på Kysthospitalet. Forældrene og 6 Søskende vare raske. Uden påviselig Anledning var Underlivet for 3 År siden begyndt at tiltage i Omfang, og i Løbet af et Års Tid havde det nået omtrent den samme Størrelse, som det havde, da han indlagdes. — I Begyndelsen havde der været nogen Smerte i Underlivet; men i øvrigt havde han befundet sig temmelig vel, havde gået oppe og passet sin Skole, og ved Indlæggelsen klagede han væsentlig kun over nogen Spænding i det stærkt udspilede Underliv, som næsten havde Kugleform, og som havde et Periferimål af omtrent 96 Cm. I regio cardiaca var der på et lille Parti Tarmtone, men ellers overalt mat Perkussionstone. Når han rullede sig om på højre Side, flyttede Tarmtonen sig lidt om mod venstre Side; men det omvendte var ikke Tilfældet, når han rullede sig om på v. Side. Navnlig over nederste Del af Underlivet var der tydelig Balottementsfølelse, og til højre for Navlen kunde der ved dybt Tryk utydelig føles en fastere Masse i Dybden. Underlivet var en Del ømt i Partiet over Symfyssen, og der var lidt udvidede Hudvener i Bugvæggens Sidepartier. Han var noget mager, og der fandtes på Halsen og i ingvina enkelte, ikke deformerende Glandelsvulster, men i øvrigt intet andet abnormt.

Da ingen Forandring i Underlivets Tilstand indtrådte trods passende Behandling, gjordes Paracentese på venstre Side af Underlivet en Måned Tid efter Indlæggelsen; men kun et Par Spiseskefulde klar Vædske udtømtes herved. Denne centrifugeredes; men man fandt kun nogle røde Blodlegemer, ingen Tuberkelbaciller eller andre Formelementer. Omtr. 3 Uger efter foretoges Prøvepunktur i højre Side af Underlivet og i Midtlinien; men bægge Steder udtømtes igen kun et Par Spiseskefulde serøs Vædske, og man havde Indtrykket af, at Trokerten på bægge Steder bevægede sig i et forholdsvis lille Rum, hvis Vægge kunde føles til alle Sider.

Behandlingen med passende medicamina (Kreosot) og Bade fortsattes omtrent 1½ Måned endnu, men uden væsentligere Forandring af Underlivet. Den omtalte Tarmtone forsvandt endog næsten ganske, og Periferimålet blev lidt større (99½ Cm.). Der gjordes da d. 12 Nov. 1894 *Laparotomi* i linea alba mellem umbilicus og Symfyssen. Bugvæggen fandtes tynd, og idet Peritonæalhulheden åbnedes, udflod endog kun ubetydelig Mængde serøs Vædske. Tarmansæ vare sammenloddede ved Adhærencer, dels indbyrdes, dels til Bugvæggen; men der var ingensteds tuberkuløse Infiltrationer at opdage; derimod føltes den omtalte Svulst i højre Side af Underlivet nu, da dette var blevet mere slapt, en Del tydeligere.

Jeg forsøgte at trænge ind mellem de sammenloddede ansæ dels ved at rive med Fingrene, dels ved at bore med et Kateter, men måtte opgive dette på Grund af Blødning og Adhærencernes Fasthed. Under

disse Omstændigheder var der efter mit Skøn intet andet at gøre end at lukke Såret til igen. Det heledes per primam, og han udskreves et Par Måneders Tid efter Operationen med Underlivet i omtrent samme Tilstand som ved Indlæggelsen, men med en noget forbedret Almentilstand.

I det jeg havde det forrige Tilfælde in mente, var Tanken om en Mesenterialtuberkulose mig heller ikke fjærn i dette Tilfælde; men jeg hældede dog mest til Diagnosen Peritonæaltuberkulose, og navnlig troede jeg, at jeg havde at gøre med en af disse Former, hvor peritonæum parietale er stærkt fortykket, hvor Tarmene ere sammenloddede, hvor der findes ostede, tuberkuløse Masser i disse Adhærencer, og hvor serøs Vædske findes i flere mere eller mindre afgrænsede Hulrum.

Skönt Diagnosen ikke er bleven absolut klar ved Operationen, er jeg dog efter denne mest tilbøjelig til at anse den omtalte Svulst i højre Side af Underlivet for et Komplex af svulne Mesenterialkirtler. I alt Fald må Diagnosen Peritonæaltuberkulose opgives.

Tilfældet giver mig end videre Anledning til at akcentuere, at en Incision gennem Bugvæggen i et sådant Tilfælde, hvor der er udbredte Adhærencer mellem Bugvæg og Tarmansæ, ikke er ufarlig. Man vil nemlig meget let, i det man ineiderer, kunne komme ind i en adhærende Tarmansus lumen, og jeg har også læst, at sådant er arriveret andre Operatører under lignende Forhold.

Da jeg har Ordet, må det måske være mig tilladt at gøre opmærksom på nogle interessante Forsøg på Dyr, som ere udførte af en Russer, STCHÉGOLEFF, i Prof. STRAUS's Laboratorium i Paris, for at komme til Kundskab om Laparotomiens Virkning på den tuberkuløse peritonitis. — Han har inokuleret Kulturer af Mennesketuberkulose i Peritonæalhulheden på 22 Hunde, og på de 10 af disse udført Laparotomi kortere eller længere Tid efter Inokulationen. Resultatet har været, at alle de Hunde, på hvilke der er foretaget Laparotomi, have levet længere end de, på hvilke ingen sådan Operation var foretagen, ja 4 af de laparotomerede Hunde rettede sig endog fuldkomment igen, og disse 4 vare bleven opererede hurtigere efter Inokulationen end de andre, nemlig i Løbet af de første Par Uger efter denne. De 3 af dem bleve dræbte 2 til 3 Måneder efter Operationen, den 4de levede i bedste Velbefindende 8 Måneder efter Operationen. Disse Hunde havde alle, da Laparotomien foretoges, udtalte Tegn på Peritonæaltuberkulose; men da de seceredes, vare de tuberkuløse Infiltrationer enten svundne eller forandrede til fibröst Væv, og en Inokulation, foretagen med dette Væv på et Marsvin, gav ingen Infektion. I øvrigt er det for vidtløftigt her at gennemgå disse Forsøg i alle deres Detaljer. De stå udførligt beskrevne i STRAUS's nysudkomne store Værk om Tuberkulose; de forekomme mig derefter at være meget overbevisende, og Forfatteren mener også at have bevist, at Laparotomien kan helbrede den tuberkuløse peritonitis på Hunde, forudsat at denne Operation bliver udført kort Tid efter at Peritoniten er begyndt.

G. NAUMANN: Med anledning af de utaf herr dr SCHEPELERN anførda fallen vill jag nämna, att mera lokala former af peritoneal-

tuberkulos också förekomma, och att äfven dessa stundom kunna med framgång behandlas med endast en enkel laparotomi. Dessa former kunna uppträda såsom omentala eller s. k. epiploiter, pericekala, genitala, perihepatiska eller och såsom en mera lokal tuberkulos, utgången från mesenterial- eller retroperitonealkörtlar.

Vid epiploiterna kan stundom med fördel ett större eller mindre stycke af det tuberkulösa omentet aflägnas, och vid de former, som utgå från tuberkulos i coecum, måste resektion af detta tarmparti göras, då en enkel laparotomi här ej leder till resultat. Likaså böra tuberkulösa tubor om möjligt aflägnas. Den perihepatiska formen har vanligen sitt ursprung från tuberkulos i lefvern, och kan sålunda endast behandlas med laparotomi. Körteltuberkulosen kan däremot, om härden är begränsad och ej för stor, behandlas med extirpation. Vid mera diffus tuberkulos i mesenterial- eller retroperitonealkörtlar kan ofta laparotomien ensam vara af stort gagn.

#### HAGB. STRÖM: Bidrag til Galdevejenes Kirurgi.

Af det brogede Billede, som cholelithiasis frembyder, kan udsondres 4 Typer af Tilfælde:

1) Tilfælde med typisk Galdestenskolik med eller uden icterus, men uden palpabel Svulst udenfor Anfaldene.

2) Tilfælde, hvor samtlige Kardinalsymptomer mangle. Der er hverken Anfald af Kolik, icterus eller palpabel Galdeblæresvulst. Pat. klager over Smerte og Æmhed i Epigastriet og under højre Ribbensrand. Smertene forværes ved Bevægelse eller ingesta. I det højeste kan en Sandsynlighedsdiagnose stilles. Tilfældene behandles i Regelen som Kardialgi, ulcus ventriculi eller Nevrasteni.

3) Tilfælde med palpabel Galdeblæresvulst. Smerteanfaldene skyldes betændelsesagtige Tilstande i den udvidede Galdeblære (Galdeblærekolik). Hvis icterus er tilstede, er den forbigående og skyldes Svulst af Galdegangene på Grund af Forplantelse af Betændelsen. Galdeblæren indeholder forandret Galde, serum eller pus.

4) Tilfælde med blivende icterns, Forstørrelse af Leveren, i fremskredne Tilfælde udtalte Symptomer på Kolæmi. Skyldes Galdestasen en obturerende calculus, er den som Regel ikke fuldstændig eller intermitterende. En komplet Galdestase tyder på indtrådte sekundære Forandringer i Galdeudførselsgangene eller på en komprimerende tumor.

S. refererede 11 opererede Tilfælde, henhørende til disse 4 Kategorier. I 6 Tilfælde kunde Indgrebet indskrænkes til Extraktion af Stene af Galdeblæren og Anlæggelse af en ydre Galdefistel, som i 5 Tilfælde udførtes i én, i 1 Tilfælde i to Seancer. Samtlige Tilfælde helbrededes. Af 3 Tilfælde, henhørende til den 4de Kategori, helbrededes ét ved ndført Koledokotomi og samtidig Anlæggelse af en ydre Galdefistel. Galdestasen skyldtes her en obturerende calculus. I de to andre Tilfælde var Galdestasen bevirket af Strikturdannelse i Galdegangene og var i bægge Tilfælde komplet. Bægge Patienter frembøde Tegn på Kolæmi og døde resp. 7 og 6 Dage efter Operationen af indvendig Blødning som Følge af den hæmorrhagiske Diatese. I det ene Tilfælde

fandtes fuldstændig Tillukning af den duodenale Ende af ductus choledochus, fremkaldt ved Uleeration efter en indeklemt calculus. I det andet vare Galdevejene fuldstændigt obturerede og Galdeblæren indskrumpet til en ganske lille Hule efter forudgående Suppuration med Perforation til Ventrikel og Tarm.

Hos 2 Patienter udførtes kun explorativ Laparotomi, da uløselige Sammenvoxninger med omliggende Organer hindrede Adkomst til Galdeblæren og Galdevejene. Taleren pointerede Nødvendigheden af at skride operativt ind ved cholelithiasis, forinden der er indtrådt Galdestase eller større sekundære Forandringer. Heraf afhænger Prognosen. Den simple Kolekystostomi, udført i en eller to Scaneer, er ufarlig. Det gælder derfor at operere på et Tidspunkt, da Indgrebet kan indskrænkes hertil. Den medicamentøse Behandling byder ingen Garanti for Helbredelse og udsætter Patienten for Fare ved at bevirke Stenens Nedtrængelse i Galdevejene. Operativ Behandling er indiceret, så snart Tilstedeværelsen af Sten i Galdeblæren giver sig tilkende ved Symptomer. Tal. resumerede til Slut sit Standpunkt med Hensyn til de forskellige Operationsmetoder således:

- 1) Den typiske Operation er Kolekystostomi i en eller to Scaneer.
- 2) Kolekystektomi er kun indiceret, hvor Galdeblæren er indskrumpet eller Væggene ødelagte af Uleurationsprocesser, så at en Galdefistel ikke kan anlægges, eller hvor der ved Siden af Galdesten har udviklet sig en cancer i Galdeblæren.
- 3) Den ideale Kolekystostomi med de foreslåede Modifikationer har ingen særegne Fordele, men medfører større Fare og udsætter lettere for Recidiv.
- 4) Stene i ductus cysticus fjernes ved Anlæggelse af ydre Galdefistel og nødvendiggør ikke Kystikotomi.
- 5) Ved Stene i ductus choledochus er Koledokotomi at foretrække for Kausning af Stenen.
- 6) Ved Koledokotomi bør samtidig anlægges ydre Galdefistel eller, hvor dette er ugørligt, Peritonæaldrainage.
- 7) Ved organisk Striktur af ductus choledochus anlægges:
  - a) når d. cysticus er åben: Kolekystenterostomi.
  - b) når d. cysticus er lukket: Koledokoduodenostomi.
- 8) Ved udtalte kolämiske Symptomer er Indgrebet farligt, da Hæmostasen er uberegnelig.

WEISS (Århus) har haft to Tilfælde, Patienter, der ikke tidligere havde frembudt Galdestenskoliker. Tumor, stærkt spændt Galdeblære, Incision, Udtømmelse af Galde og pus; nogle Dage efter føltes en stor Galdesten, der let udtoges. Galdefistel i et Par Måned. Den anden Patient: udspilet, adhærent Galdeblære. Tvivl om Leverabsees eller Galdeblære. 80 calculi: først efter et helt Års Forløb kunde Drænet fjernes.

JERWELL: 3 Tilfælde, 2 med palpabel tumor, 1 uden. Efter at have åbnet i et af Tilfældene, kom der slet ingen Galde ud, der måtte altså være en Sten i ductus cysticus, som J. ikke kunde nå. Han fandt

da på at benytte Oljekuren, hun fik samme Aften Galdeudflod, og der fandtes i Åbningen en Sten.

STRÖM finder JERWELLS Tilfælde meget interessant, men Experimentet lidt voveligt; ti Stenen kunde lige så godt have sat sig fast i ductus choledochus.

**G. HEINRICIUS (Helsingfors): Om pankreascystor och deras kirurgiska behandling.**

Föredragaren meddelade först tvänne af honom utförda extirpationer af pankreascysta. Fallen, beskrifna i korthet, äro följande:

I. 31-årig hustru intogs på gynekologiska kliniken i Helsingfors den 9 aug. 1892. 2 barn, det yngsta 10 veckor gammalt. Efter detta barns födelse märkte pat. en rörlig svulst af en knuten näfves storlek i bukens öfre vänstra del, hvilken oafbrutet och hastigt tillvuxit utan att förorsaka patienten smärtor eller andra besvär. Pat. af vanlig kroppsbyggnad och näringstillstånd. I buken en fullkomligt rörlig, spänd, rund tumör af ett nyfödt barnhufvuds storlek, sträckande sig till vänster nedåt till en tvärhand öfver ingvinalvecket, åt sidan till en linie, som drages från spina ilei ant. sup. uppåt till reftbensranden. I medellinien sträcker sig tumören till 3 tvärfingrar ofvanom nafveln, till höger går gränsen till 1 tvärfinger utom medellinien. Intet sammanhang med genitalorganen. Urinen normal. Laparotomi d. 18 aug. Buksnitt i medellinien, 3 tvärfingrar uppåt och nedåt från nafveln. Nätet utbredt öfver tumören, hvilken, sedan nätet blifvit genomskuret, presenterade sig såsom en gråhvit, spänd, med tunn peritonealbeklädnad försedd. cysta. Belägen mellan magsäcken och colon transversum, sträckte sig tumören med en ett par finger tjock, pedunkelartad bildning uppåt och inåt till pankreaskörteln, med hvilken dess bas var i fast förening. Sedan cystan blifvit punkterad, hvarvid vattenklart innehåll utkom, adherenser, delvis kärlika, blifvit lösta, försöktes att fullständigt lösa cystans bas från pankreaskörteln, men då därvid stark blödning från körteln uppstod, och cystväggen befaus intimt öfvergående i pankreasväfven, anlades en dubbel silkesligatur om den pedunkelartade basen af cystan tätt intill pankreas och aflägsnades tumören. Cystan utgick från vänstra delen af pankreaskörteln. Öppningen i nätet förenades med fortlöpande katgut. Buksåret tillslöts med ctagesuturer. Förloppet efter operationen: från d. 19 aug. till d. 9 sept. var temp. på morgnarna 37° eller något därnötöfver, på aftnarna omkr. 38°. Pulsen under denna tid mycket frekvent. Annars var tillståndet godt. D. 27 sept. reste pat. hem, födde d. 18 jan. 1894 ett fullgånget friskt barn och har fortfarande befunnit sig väl, utan att någon tumör uppstått eller besvär inställt sig. (Senaste underrättelse d. 4 juli 1895.) Vid mikroskopisk undersökning af den, 1/2 cm. tjocka, med kamartade upphöjningar på inre ytan försedda cystväggen befans denna utgöras af fibrillär bindväf med epitel här och där, på den inre ytan. Utanpå, närmare cystans bas vidfästad körtelartad väfnad utgjordes af pankreasväf; spridda i cystväggen påträffades äfven tydliga pankreaskörtlar.

11. 38-årig hustru, intogs på gynekologiska kliniken d. 27 juni 1895. 3 barn, det yngsta 6 år. Nu gravida i 5:te månaden. För 5 år sedan observerade patienten i vänstra delen af buken en hård, något ömmande, jämn, rörlig tumör, som oafbrutet tillvuxit till nu varande storlek. Inga besvär af tumören. Pat. af normal kroppsbyggnad och näringstillstånd. Urinen normal. Fundus uteri kännes midt emellan symfyssen och naveln. I öfre delen af buken en manshufvudstor, spänd, något ojämn, rörlig tumör, hvilken sträcker sig från 14 cm. ofvanom symfyssen till 11 cm. under proe. xiph. Laparotomi 2 juli. Buksnitt i linea alba ungefär 5 em. långt ofvan- och nedanom naveln. Cystan, täckt af tunnt peritoneallager, belägen nedanom colon transversum, utspännande i hög grad det nedre bladet af mesocolon transv., med basen öfvergående i pankreaskörtelns undre yta i dess mellersta del. Tumören punkterades, hvarvid mörkt, grönbrunt innehåll utkom, utskalades lätt från mesocolon transv., exstirperades, sedan dess bas rundt om invid pankreas blifvit underbunden med flere silkesuturer. Tämligen riklig blödnings från den vid pankreas anhäftande obetydliga rest af cystväggen hämmades genom omstiekningar. Buksåret tillslöts genom djupa, hela bukväggen jämte peritoneum fattaude suturer. Förloppet efter operationen reaktionslöst, så när som på en tämligen stark akut enterit under några dagar. Graviditeten fortgått ostördt. Undersökning af den 6 till 8 mm. breda cystväggen visade denna bestå af bindväf med insprängda pankreaskörtlar. Cystinnehållet af alkalisk reaktion, 1,01 sp. vikt, innehöll spår af ägghvita, rikligt med kolestearinkrystaller; undersökning af innehållet på pankreassaftens fysiologiska egenskaper gaf negativt resultat.

Föredragaren hade gjort en sammanställning af alla i den honom tillgängliga literaturen beskrifna fall af pankreascystor och gaf på grund af denna en skildring af dessa cystors etiologi, anatomi, symptom, diagnos, differentialdiagnos och behandling. Föredraget kommer att i en snar framtid utförligare offentliggöras. Skematiska teckningar af pankreas: cystornas topografiska förhållande i bukhålan förevisades.

Dr. MALTJE hadde opereret 3 eller 4 Kyster, hvoraf Diagnosen Pankreaskyste i to var tvivlsom. Den ene åbnedes gennem Lumbalsnit. Den anden var en typisk Kyste fra cauda pancreatis, muligvis fra capsula suprarenalis. Den tredje var en malign Svulst, beskrevet af GADE i Festskrift for Prof. HJ. HEJBERG.

LINDH: Då pankreascystor så sällan förekomma, ber jag få i korthet redogöra för tvänne fall, som jag opererat, och hvilka prof. HEINRICIUS äfven omnämmt. Fallen äro för öfrigt meddelade i Hygiea 1892.

1) 58 års kvinna opererades 1891 å Sahlgrenska sjukhuset. Cystan var fast adherent till lever, diaphragma, oment. majus och min. och ventrikeln och innehöll en mörkfärgad, tunnflytande vätska. En betydlig

del af den tunna cystväggen utskalades från den serösa beklädnaden, men slutligen måste återstoden af cystan framdragas och fastsys i buksåret och dräneras.

Urinen innehöll icke socker eller ägghvita. Utskrefs frisk efter 5 veckor.

2) 4 års gosse opererades 1892. Han hade veterligen icke varit sjuklig förrt. Fick ileus-symptom, hvarvid upptäcktes en tumör i bukålan, hvilken ansågs bero på en invagination. Efter laparotomien upptäcktes en pankreascysta, som genom tryck på tarmen framkallat ileus. Cystan sköt fram under mesenteriet för colon transversum samt sträckte sig bakom ventrikeln långt upp under epigastrium. Äfven denna cysta innehöll en brunröd, tunnflytande vätska. Cystan fastsyddes i buksåret och dränerades. Urinen fri från socker och ägghvita. Pat. utskrefs frisk efter 6 veckor och lefver ännu frisk.

Prof. J. BERG: För att först fullständiga den af prof. HEINRICIUS meddelade nordiska kasuistiken af pankreas-cystor ber jag få framhålla dels, att prof. NETZEL, om jag minnes rätt, i slutet af 70-talet behandlat ett sådant fall (visserligen under annan diagnos) samt meddelat det i Svenska läkaresällskapet, dels att jag opererat ett och sett ett annat redan af dr THORÉN opererad fall.

Det af mig opererade fallet (publiceradt i »Rapporten från serafimerlasarettet 1888») har ett visst intresse för bedömandet af lämpligaste terapien. — Det gälde en 7 års flicka, som blef klämd mellan en i gång varande mangel och en dörrpost, så att den ungefär en fot höga mangelskifvan träffade vänstra regio lumbalis och klämde flickan med vänstra bukhalfvan mot dörrposten. Kort svimning och sedan oblodiga kräkningar i 14 dagar samt tecken af »magineflammation». Efter ett par veckor fick hon gå uppe, men vid den tiden märktes en resistens i vänstra sidan, hvarför hon åter lades ner, och då resistensen ökades sändes hon 5 veckor efter våldet till lasarettet. Mager, dålig aptit, buken uppdrifven, ej öm utom öfver vänstra umbilikal- och lumbaltrakten, hvilka frambuktades af en tydlig men ej skarpt begränsbar resistens. Under 14 dagar ytterligare iaktogs patienten, och under denna tid försämrades krafter och aptit, medan svulsten tydligt tilltog. Prof-punktion gaf en färglös, obetydligt grumlig vätska af alkalisk reaktion utau förmåga att digerera kött. Ungefär 7 veckor efter travmat företogs laparotomi vid yttre randen af m. rectus sin. Tumören låg retroperitonealt, dess vägg framsyddes och inciderades i samma seance. Mer än en rondsål nästan klar vätska uttömdes. Hålan sträckte sig til kotpelarens framsida. Läkning och hälsa efter 5 veckor. Vätskans egenskaper hufvudsakligen stämmande med pankreas-sekretets.

Att tänka sig, att i detta fall inom loppet af 7 veckor kunnat bilda sig en verklig cysta af barnhufvuds storlek, som följd af ett våld å buken, bärer bra starkt emot. Däremot synes mig i hög grad sannolikt, att vi ha att söka förklariugen för dessa akut uppkomna s. k. cystor på alldeles samma sätt som för de s. k. akuta ranulæ i fråga om munbottens spottkörtlar. Som väl bekant är, måste vi ännu i dag



antaga olika uppkomstsätt för nämnda slags »cystor». Svårast att förklara såsom retentionscystor hafva dock varit de mest akut uppkomna. En fransman, hvars namn jag ej nu erinrar mig, har framställt den väl grundade åsikten, att de als icke äro några cystor utan bero på extravasat af saliv ur på ett eller annat sätt lederad körtelgång i den körteln omgifvande luckra bindväfven. Den cystliknande, väl begränsade tumörformen beror på den körteln omgifvande bindväfvens anatomiska beskaffenhet. — Alldeles analog uppkomst af en hel del af hvad man kallat pankreas-cystor synes mig synnerligen antaglig. Det körtelgången lederande momentet kan naturligtvis vara af olika slag, ej sällan en malign process i pankreas. Till stöd därför kan ju framhållas den egendomligt växlande utbredningen och formen af dessa cystor, de ofta oöfvervinnerliga svårigheterna att utlösa »cystan» från dess omgifning samt de blödningar som ofta vid exstirpationerna uppstått. Helt visst skulle ock den mikroskopiska undersökningen af den s. k. cystaväggen visa likasom i fråga om en del ranulæ, att denna vägg ej egentligen förtjänar sitt namn.

Prof. HEINRICIUS anmärkte, att sådana af prof. BERG omnämnda fall, uppkomna efter slag eller stöt mot underlifvet, finnas i literaturen upptagna och ofta nog med orätt beskrifna såsom cystor: de utgöra blott en tumörartad ansamling af blod eller annan vätska. Det ntmärkande för de af honom opererade liksom för öfriga verkliga pankreas-cystor är deras egenskap af veritabla tumörer resp. nybildningar med organiserad kapsel.

Prof. J. BERG: Hvad jag framför alt med dessa ord velat framhålla är, att, i afseende på behandlingen af pankreas-cystorna, det synes mig i de flesta fall riktigast, åtminstone i afseende på de mera akut uppkomna, att till en början inskränka denna till framsyning och dränage, ty »cystans» närmare art kunna vi oftast icke utröna förr än efter beaktande af senare vunna upplysningar. Så tror jag, att vi ock ofta skola undgå den farliga exstirpationen eller åtminstone få utföra den efter säkrare indikationer och under bättre förhållanden.

#### THORKILD ROVSING: Om *Bacterium colis* Betydning för Uriuvejenes Patologi.

Omtrent samtidigt med Talerens förste Arbejde over cystitis, der berettede om 29 Tilfælde af cystitis, hvoraf de 24 skyldtes urinstofdekomponerende Mikrober, oftest pyogene cocci, de 5 Tuberkelbacillen, fremkom fra den Guyonske Skole ved HALLÉ og ALBARRAN Meddelelser om, at de ved Undersøgelse af Urinen — i Regelen foretaget efter Døden — hos Ptt. med »Urininfektion» næsten konstant fandt en Bacil, som de benævnte *Bactérie pyogène*. KROGIUS, der også var en Elev af GUYON, fandt i 16 af 22 Tilfælde af »infection urinaire» den samme Mikrob; men KROGIUS havde den store Fortjæneste, at han påviste, at den pågældende Mikrob, som ALBARRAN & HALLÉ havde troet, var specifik for Uriuvejene, ikke var nogen anden end den i Tarmkanalen



normalt forekommende *b. coli commune*; end videre havde KROGIUS's Arbejde den Fortjäneste, at Undersøgelserne vare foretagne med Urin fra levende Ptt. og efter en mere betryggende Metode. Der kom nu fra forskellige Lande Meddelelse om lignende Fund: fra Belgien af MORELLE AIMÉ og DENYS, fra Tyskland af BARLOW, SCHMIDT & ASCHOFF, fra Frankrig af RENAULT og REBLAUB o. s. v. Navnlig for den Guyonske Skole, for hvilken *b. coli* stod som Årsag til så at sige alle Tilfælde af Urininfektion, måtte det give Anledning til Grublerier, at Taleren ved Undersøgelser overvejende havde fundet pyogene, stærkt urinstofdekomponerende Mikrober, og HALLÉ opstillede da den noget søgte Forklaringshypotese, at Bakteriefloren måtte være anderledes beskaffen i Köbenhavn end i Paris. Det vakte derfor stor Glæde i den Guyonske Skole, da MELCHIOR fremkom med et Arbejde over 35 såkaldte Cystitistilfælde fra Frederiks Hospital i Köbenhavn, af hvilke et stort Antal efter hans Formening skyldtes *B. coli*. GUYON går nu i en Portale til den franske Udgave af MELCHIORs Bog så vidt, at han frakender Urinstofdekompositionen al Betydning, — *elle n'est qu'un phénomène contingent*, — uagtet MELCHIOR selv har 11 Tilfælde af ammoniakalsk cystitis og selv anerkender Urinstofdekompositionens Betydning for Cystitens Patogenese; G. erklærer det nu for fastslået, at *B. coli* så godt som altid er Årsag til cystitis, og at Urinen ved denne Sygdom som Regel er sur, og takker MELCHIOR, fordi han har givet Forklaringen på ROVSINGs afvigende Resultater, hvilken Forklaring i sin Simpelhed lyder således, at ROVSING har udpillet de ammoniakalske Cystiter. Hvis dette overhovedet kunde kaldes en Forklaring, vil enhver indse, at den er ganske urigtig; ti Talerens Arbejde berettede så vel om sure som om ammoniakalske Cystiter, — i de sure fandtes i alle Tilfældene Tuberkelbaecillen, som Taleren først ved Dyrkning i Urin havde påvist at være ude af Stand til at dekomponere Urinen i Mod-sætning til, hvad GUYON dengang docerede.

Forklaringen på Divergensen mellem Talerens og andre Forff's Resultater lå da også et ganske andet Sted og, som Tal. skulde påvise ret lige for Hånden, så at det egentlig var højst besynderligt, at den ikke var falden andre Forskere ind. Medens Taleren skarpt havde begrænset sine Undersøgelser til cystitis og med største Omhu undgået alle Tilfælde, hvor der var Mikrober og pus i Urinen, men ingen sikre Tegn på cystitis, havde Forff., hvis Resultater førtes i Marken imod Talerens Arbejder, næsten med Flid blandet alle mulige Tilfælde sammen, der kunde skubbes ind under den meget uheldige og forvirrende Pulterkammerbetegnelse: Urininfektion, som den Guyonske Skole havde inført, ja det kunde endog påvises, at den allerstørste Del af de Tilfælde, hvor Forff. havde fundet *b. coli*, vare Nefriter eller Pyelonefriter. Taleren påviste dette nærmere for de væsentligste Arbejders Vedkommende. ALBARRAN & HALLÉs første Arbejde forelå ikke for Offentligheden; men i det korte Resumé til Akademiet angiver GUYON, at over Halvdelen af de omkring 70 Tilfælde vare Nefriter og Pyelonefriter, ALBARRANs senere Arbejde omhandler 38 Tilfælde af nefritis og pyelonefritis, Blåren er i Reglen ikke undersøgt, og i dem alle er den bakteriologiske Undersøgelse sket efter Døden, oftest 1 til 1½ Døgn

efter denne. Det var vel værd at lægge Mærke til, at Urinens Reaktion, som franske Forff. i det hele meget sjældent synes at have haft Opmærksomheden henvendt på, kun i 4 Tilfælde findes anført, og i 3 af disse var den stærkt alkalisk, ammoniakalsk, end videre at ALBARRAN i ikke mindre end 16 af Tilfældene enten mikroskopisk eller bakteriologisk fandt andre Mikrober: Stafylokokker og Stave sammen med *b. coli*; men da han finder denne konstant, går han ud fra, at den er Sygdommens Årsag, de andre tilfældig, postmortel Tilblanding. Som vi senere skulle se, er der Grund til at antage, at det forholder sig ganske omvendt. — KROGIUS finder i 16 af 22 Tilf. *b. coli*; for 4 af disse Tilf. udtaler han udtrykkeligt, at der ikke findes noget som helst Tegn på cystitis, og om de øvrige Tilf. gælder det, at Cystitisdiagnosen er overordentlig tvivlsom. — SCHMIDT & ASCHOFFS Undersøgelser gælde 16 Lig af Ptt. med pyelonefritis; i 14 af Tilf. findes *b. coli*. Her findes interessantere Oplysninger om Urinens Reaktion: i 7 Tilfælde er den stærkt ammoniakalsk, nægtet Forff. i de 5 kun finde *b. coli*, og i alle disse Tilfælde er der cystitis; i 4 Tilfælde angives Reaktionen sur: i 2 af disse viser Sektionen, at der *ikke* er cystitis, i det 3:dje er den tvivlsom (kadaverøse Forandringer), kun i det 4:de Tilfælde er der virkelig cystitis, men her finde Forff. den urinstofdekomponerende *b. pyocyaneus* sammen med *b. coli*. I de resterende 5 Tilfælde er Reaktionen ikke angiven. — RENAULTS Tilfælde ere alle Nefriter eller Pyelonefriter, og hvad endelig MELCHIORs angår, har Taleren ved tidligere Lejlighed påvist, at i mindst 10 af de 17 Tilfælde, hvor han finder *b. coli* i Renkultur, er Diagnosen cystitis ganske uberettiget, hvorimod det er utvivlsomt, at Ptt. have nefritis. Derimod er både hos MELCHIOR og KROGIUS Diagnosen cystitis sikker nok i de Tilfælde, hvor Urinen er ammoniakalsk.

En kritisk Betragtning af disse Forff.'s Arbejder havde givet Taleren det Indtryk, at Fundet af *b. coli* i Reglen var knyttet til Betændelser i Nyren og pelvis, opstaaede ved hæmatogen Infektion, medens virkelige Cystiter, fremkaldte ved Infektion per urethram ved Instrumentindførelse eller på anden Måde, oftest skyldtes urinstofdekomponerende Mikrober. Dette stemmede også smukt med det af Taleren påviste og af alle andre Undersøgere konstaterede Faktum, at urethra normalt huser urinstofdekomponerende Mikrober, medens *b. coli* ikke var fundet af andre end MELCHIOR (1 Gang). I øvrigt klæbde der overordentligt store Mangler ved de Undersøgelser, der skulde vise *b. coli*'s Betydning for cystitis. De allerfleste Undersøgelser vare foretagne på Lig, og netop ved disse Undersøgelser fandtes næsten konstant *b. coli*. Det var mærkeligt, at Forff. uden videre havde antaget *b. coli* her for den patogene Mikrob, nægtet en stor Række samstemmende Undersøgelser af Forskere, der stode ganske frit overfor dette Spørgsmål, havde vist, at *b. coli* omtrent i Halvdelen af alle Lig efter 6—24 Timers Forløb fra Tarmen oversvømmer hele Organismen og navnlig i stor Mængde findes i de parenkymatøse Organer: Lever, Milt og Nyrer (WURTZ, HERMANN, MALVOZ, REKOWSKY, MARFAN og MAROT), så at det er ganske utilladeligt at slutte sig til noget som helst Årsagsforhold imellem den forefundne Sygdom og den i Liget fundne *b. coli*.

Undersøgelserne på de levende Ptt. gave da også helt andre Resultater: alle havde de mellem deres Tilfælde ammoniakalske Cystiter, nogle, som SCHNITZLER og RAYMOND, i det langt overvejende Antal Tilfælde, andre, som KROGIUS og MELCHIOR, i et ringere Procenttal; men uetop om disse galdt det, at de havde været meget lidt nøjeregnende med Diagnosen. Da der derhos blandt disse Forf.'s Tilfælde var ret talrige, der viste, at Ptt. kunne gå med pus og Millioner af *b. coli* i deres Urin uden at få cystitis, var der Anledning nok til Tvivl om d'Hr.'s Konklusioner. Kun én Ting stod fast, at man hyppigt fandt *b. coli* i Urinen hos Ptt. med Urinvejslidelser.

Lige siden KROGIUS's Arbejde fremkom i 1892, havde Taleren så vidt muligt undersøgt alle de Ptt. med »Urininfektion», der henvendte sig til ham, med Løsningen af det Spørgsmål for Øje: hvilken Rolle spiller *b. coli* ved Urinvejsbetændelserne? Det havde vist sig at være et ganske anderledes vanskeligt og indviklet Spørgsmål, end den Guyonske Skole åbenbart har troet. Afgørelsen af et så kapitalt Spørgsmål som dette, om *b. coli* overhovedet er patogen for Urinvejenes Slimhinder eller er at opfatte som en sekundær Tilblanding ved Infektioner af anden Oprindelse, støder, således som det følgende vil vise, på ret alvorlige Hindringer.

Talerens Materiale udgjordes af 65 Tilfælde, som grupperede sig på følgende Måde:

1) 33 rene, utvivlsomme Cystiter, af hvilke 30 ammoniakalske, der skyldtes urinstofdekomponerende, dels pyogene, dels ikke-pyogene Mikrober, 3 med sur Urin, i hvilken udelukkende fandtes henholdsvis Streptokokker, Gonokokker og *b. coli*. Diagnosen er i de sidst nævnte 3 Tilfælde konstateret ved Kystoskop. Det ene Tilfælde, hvor *b. coli* fandtes, var optrådt hos en ung Pige under en Febersygdom, der var tydet som en hæftig Influenza, uden at Instrumenter nogensinde havde været indført.

2) 6 Tilfælde af Nefrit ved Prostatahypertrofi med Urinbesværligheder og delvis Retention. Urinen sur, *b. coli* i Renkultur. Kystoskopi ikke foretagen, så at det ikke lader sig bevise med Sikkerhed, at her ikke forelå en let Grad af cystitis; men da der ikke fandtes tydelige Tegn: ingen Ømhed i Blæreeggen, ingen Blæreepitel i Urinen, der kun indeholdt hvide Blodlegemer, enkelte Cylindre og talrige Kolonbakterier, er det rimeligst, at det har forholdt sig med dem som med næste Gruppe

3), der består af 6 Tilfælde: 5 Mænd med Nefrit, Prostatahypertrofi og Urinretention, og 1 gammel Kone med Nefrit, *c. ventriculi* et *vesicæ* med deraf følgende kronisk Urinretention. I alle Tilfælde sur Urin, *b. coli* og Pusceller. I 3 af Tilfældene var der et meget betydeligt Pusbundfald, i alle Tilfældene hyppig og ofte smertefuld Vandladning. *Alle bleve kystoskoperede* med det Resultat, at der *i intet af Tilfældene var cystitis*. I 2 af Tilfældene fik Pat. som Følge af daglig Kateterisation senere *ammoniakalsk cystitis*, hos den ene Pat. fandtes en *bacillus liquefaciens* ved Spredning, hos den anden Pat. sås under Mikroskopet Stafylokokker; men det var ved Spredning, trods al Umage, ikke muligt at finde andet end *b. coli*. Podedes lige fra Pat's

Urin i steril Uriu, blev denne ammoniakalsk; men ved Spredning fra denne igen fandtes atter kun en *b. coli*, der ikke formåede at dekomponere Urinstof. Med andre Ord, den urinstofdekomponerende Mikrob lod sig ikke finde, et Forhold af stor Betydning, som senere nærmere skal berøres.

Til denne Gruppe sluttede sig en interessant Observation fra Fredr. Hospitals Afd. A, som Taleren med Prof. GRAMS Tilladelse kunde meddele. En 78-årig Mand indkom med en mægtig Prostatahypertrofi, fik Dagen efter Indlæggelsen komplet Urinretention; den sterilt tagne Urin, undersøgt af Dr FABER, viste sur Reaktion, et mægtigt purulent Bundfald, stærk Albumen- og Blodreaktion. *Mikroskopisk*: Bundfaldet består udelukkende af Pusceller — ingen Cylinder- eller Epitelceller — og utallige Bakterier, der ved Dyrkning viste sig at være *b. coli*. Der stilles Diagnosen cystitis ved Prostatahypertrofi; men Dagen efter døde Pat. og *Sektionen* viste da, at Slinhinden i den udspilede trabekulære vesica var fuldstændigt normal, endog bleg, nagtet der stagnerede en stærkt purulent sur Urin i vesica; derimod fandtes Pyonefrore på begge Sider.

Alle disse Tilfælde vise nigen driveligt, at selv i en vesica, der ikke formår at tømme sig, kunne Myriader af Kolonbaeciller i sur, purulent Urin stagnere i lange Tider uden at fremkalde cystitis. Kommer der derimod under de samme Forhold en urinstofdekomponerende, pyogen Mikrob, undgår Pat. næppe en cystitis.

4) 4:de Gruppe indbefatter 20 Pat. med *Pyelonefrit* uden Urinretention, alle bakteriologisk undersøgte, alle på et Tilfælde nær *kystoskoperede*. I 16 af Tilfældene sur Urin med Pusindhold, fra de mindste til de højeste Grader, den bakteriologiske Undersøgelse gav for alle Tilfælde *b. coli* i Renkultur, Kystoskopien viste i dem alle *Blåren sund*, nagtet der i 10 af Tilfældene var hyppig og til Dels meget smertefuld Vandladning. I de resterende 4 Tilfælde var Urinen *ammoniakalsk*: hos 1 fandtes *staphylococcus alb. pyog.* i Renkultur, hos 1 en urinstofdekomponerende *Sarcineform.* hos 1 en lang, tynd *baeillus liquefaciens*, hos den 4:de Pat. fandtes mikroskopisk Streptokokker og Baciller. Ved Spredning fremkom først kun en *b. coli*, som ikke var i Stand til at dekomponere Urinstoffet. Ved fornyet Spredning på 10 Plader fandtes først efter 8 Dages Forløb på en enkelt af disse to Kolonier af Streptokokker, som ved Podning i Urin dekomponerede denne meget stærkt. Podedes der strax efter Opfangelsen af Pat:s Urin fra denne i steril Urin, indtrådte ammoniakalsk Dekomposition af denne; men havde Urinen blot stået hen 1 Dag, indtrådte ingen Dekomposition fra den. Denne Iagttagelse og den ganske tilsvarende, som meddeltes under Gruppe 3, hvor det slet ikke lykkedes at påvise den urinstofdekomponerende Mikrob ved Dyrkning, bragte Taleren på den Tanke, at *b. coli enten* ved sin ukrudtsagtige rapide Væxt og numeriske Overvægt gjør det overordentligt vanskeligt at finde andre tilstedeværende Mikrober eller igennem sine Stofskifteprodukter ligefrem över en dråbende Virkning på sådanne. Taleren havde til dette Spørgsmåls Opklaring anstillet en Række Forsøg, hvorved han til en righoldig, kraftig Bonillonkultur af urinstofdekomponerende Mikrober satte en ganske ringe Mængde

Renkultur af *b. coli*, for derpå efter 1, 2, 3 o. fl. Døgns Samvær i Termostaten at gjøre Udsød fra Blandingen i Urin og på Gelatine og Agarplader. Forsøget anstilledes med følgende 4 urinstofdekomponerende Bakterierformer: 1) *B. pyocyaneus*, 2) *coccobacillus pyogenes ureæ* (beskrevet i Talerens Disputats og senere genfundet), 3) *staphylococcus aur.* og 4) den hos den omtalte Pat. fundne urinstofdekomponerende Streptokok. Resultatet var meget forskelligt: det viste sig nemlig, at de to først nævnte Mikrober aldeles ikke lode sig anfåge af *b. coli*, tværtimod syntes denne at indskrænkes betydeligt i sin Væxt; Podning fra Blandingerne i Urin gav selv efter fem Ugers Henstand prompte Dekomposition af denne, og ved Spredning voxede overvejende *b. pyocyan.* og *coccobacillus* frem. Ganske modsat gik det med *staphylococcus aur.* og *Streptokokken*. Allerede efter 1 à 2 Døgns Forløb havde Blandingen mistet sin urinstofdekomponerende Ävne, under Mikroskopet bleve Kokkerne sjældnere og sjældnere, og ved Spredning lykkedes det i de 9 af 10 Forsøg slet ikke at påvise dem. Overalt kun *b. coli*. Det var dermed bevist, at *b. coli* i dødt Næringssubstrat er i Stand til i Löbet af ganske kort Tid at dræbe eller svække visse patogene urinstofdekomponerende Mikrober således, at de ikke lade sig påvise ved den minutiöseste bakteriologiske Undersøgelse.

Rigtigheden af denne Iagttagelse havde for nyligt ikke blot fået Bekræftelse, men en væsentlig Udvidelse ved Iagttagelser fra anden Side. I de sidste Hæfter af *Annales de l'Institut Pasteur* havde BECO vist, at *staphylococcus aur.* og *streptococcus pyogenes*, der en kvart Time efter Döden fandtes i Renkultur i de parenkymatöse Organer, ved sædvanlig Obduktionstid ikke ved noget Middel lod sig påvise mere, — man fandt nu overalt *b. coli*; WATHELET havde vist, at *b. coli* i Löbet af ganske få Dage dræber Tyfusbacillen så vel i Tarmindholdet som i Kultur. Allerede i 1893 har CHARRIN og VEILLON påvist et ganske lignende Forhold for Pnevmonokokken: 1 Time efter Döden fandt de ved en Peritonit FRAENCKELS Pnevmonokok i Renkultur og i store Mængder, ved Obduktionen 26 Timer efter lod Pnevmonokokken sig ikke længer påvise — overalt kun *b. coli*. TAVEL & LANZ komme ved Undersøgelser over 63 Tilfælde af peritonitis til den Overbevisning, at *b. coli*, der altid findes, hvor Peritoniten har bestået nogen Tid, er uden patogen Betydning og kun overvoxer eller dræber de patogene Kokker, der på Sygdommens triske Stadium altid kunne påvises, i hvert Fald mikroskopisk.

Det her påpegede Forhold kulkastede fuldstændigt de Konklusioner, som Forff. lige fra ALBARRAN & HALLÉ ned til MELCHIOR havde draget af deres Fund af *b. coli* i Urin; det forklarede, at Forff. som SCHMIDT og ASCHOFF selv i *ammoniakalsk* Urin kun havde fundet *b. coli*. Det blev overhovedet tvivlsomt, om *b. coli* var patogen, om den ikke blot var en tilfældig Tilblanding, der maskerede de oprindelige Sygdomsvækkere. Meget kunde tale herfor: *B. colis* normale Forekomst i Tarmkanalen, dens absolute Uskadelighed, selv for Dyr, når den toges fra en *sund* Tarm. Det var let at forstå, at den let dukkede op, hvor der i Forvejen var en Sygdomsproces i Legemet; ti det var jo vist af adskillige Forff., at *b. coli* meget hyppigt cirkulerede i Blodet og navnlig hos svækkede Individider (WURTZ o. fl.).

Spurgte man Taleren, om han da slet ikke anså den for patogen for Urinvejene, vilde han forholde sig meget reserveret. Han havde i en Række af Tilfælde prøvet Virulensen af de fra Nyresuppuratation vundne Renkulturer på Kaniner: omtrent i Halvdelen af Tilfældene fandtes den ganske uskadelig for Kaninerne så vel subkutant som intravenöst, i andre Tilfælde fremkaldte den subkutant Suppuratation, intraperitonäalt en septikämisk Tilstand.

Det var muligt, at *b. coli* først opnåede Virulens ved Samværet med de patogene Mikrober, der måske vare Sygdommens oprindelige Årsag. Taleren var ifærd med Undersøgelser herover, som endnu ikke vare afsluttede.

Kun så meget kunde nu slås fast:

1) *Bacterium coli* findes ofte ved Urinvejslidelser og overvejende ved Nefrit og Pyelit.

2) Den findes sjældent ved ukompliceret Cystit. Måske kan den fremkalde cystitis ved direkte Inokulation i Slimhinden eller ad Blodvejen; men dens Tilstedeværelse i Urinen, selv ved Retention, synes årevis igennem at kunne tåles uden Skade for Blæreslimhinden.

3) Fundet af *baeterium coli* ved Kadaverundersøgelser er uden al Betydning.

4) Selv om den findes i Renkultur hos levende Individder med Urinvejslidelser, er det ingenlunde dermed givet, at den også er Sygdommens Årsag.

Taleren vilde snart i et større Arbejde framlægge sit kliniske og experimentelle Materiale. Tiden her havde kun tilladt at skizzere Resultaterne.

#### Docent WARHOLM: Om prostatectomia lateralis för prostatahypertrofi.

De operationer och operationsmetoder, hvilka blifvit föreslagna och utförda i afsikt att radikalt kurera den s. k. prostatahypertrofi, äro, såsom vi alla veta, rätt många. Men se vi på antalet patienter, hvilka blifvit underkastade någon af dessa operationer, så är detta, som det vill synas, mycket ringa i förhållande till det stora antal prostatici, som söka befrielse från sitt lidande. Orsakerna till detta förhållande ha vi nog att söka i åtskilliga omständigheter, af hvilka den icke minst viktiga är den, att det i alla eller de allra flesta fall är fråga om individer, hos hvilka senila förändringar i större eller mindre utsträckning redan börjat göra sig gällande, hvilkas motståndskraft mot en operation sålunda redan i viss mån är bruten eller förminskad. Denna omständighet i och för sig är tillräcklig för att mana till försiktighet och återhållsamhet. Som vi veta, uttala sig också flere framstående och mycket erfarna auktoriteter varnande eller rent afvisande gent emot allt hvad radikaloperation heter vid den i fråga varande åkomman. Dessa varningsrop från personer, hvilkas åsikter vi vant oss att respektera, hafva nog också, och kanske ej så litet, bidragit till att göra de opererades antal så jämförelsevis litet.

En annan omständighet, som ej får lemnas nr räkningen, är, att patienterna kanske oftast ej söka läkarehjälpl förr, än den gynnsammaste



tiden för en radikaloperation är förbi och, om de komma tidigare, i allmänhet ej förete så pressande symptom, att de kunna eller vilja inse nödvändigheten af en operation. Det vanligaste är väl, att personer, lidande af prostatahypertrofi, vända sig till läkaren först sedan deras sjukdom hunnit ett sådant stadium, att läkarens första uppgift måste vara att söka genom införandet af en kateter i blåsan lindra patientens plågor och undanrödja den första öfverhängande faran. I denna åtgärd, som ju i de flesta fall sker skäligen lätt, finner patienten snart sådant behag, att han ej gärna beslutar att underkasta sig en operation förr, än katetriseringen, såsom ju stundom händer, en dag börjar stöta på svårigheter eller de olägenheter, som äfven en väl och aseptiskt utförd katetrisering kan medföra, börja visa sig — och då är det ofta för sent att operera.

Jag tror ej, att vi få tillskrifva den från flere sidor framhållna osäkerheten hos de föreslagna operationerna något större inflytande på det nyss påpekade förhållandet. Med alla eller åtminstone de flesta radikaloperationerna har man vunnit skäligen goda resultat, om också förhoppningen om vinnandet af en radikalkur ej alltid gått i fullbordan. Jag vill ej vid detta tillfälle upptaga tiden med något försök att med statistikens tillhjälp utröna hvilken operation, som kan vara den bästa. Jag tror för öfrigt, att den statistik, som står till buds, ej är fullt lämplig för en bearbetning i nämnda syfte. Min afsikt är endast att fästa uppmärksamheten på och framhålla några fördelar hos en operation, som med orätt synes mig hafva blifvit nästan helt och hållet förbisedd.

Vid en sådan åkomma som prostatahypertrofi, som ej i och för sig är dödande, som i de flesta fall har ett ytterst kroniskt förlopp, vid hvilken man kan komma ganska långt med en väl genomförd palliativbehandling, och vid hvilken man har att göra med mer eller mindre bräckliga individer, är det klart, att man först och främst måste se sig om efter en operation, som för organismen i sin helhet är så litet ingripande och farlig som möjligt. Af alla föreslagna operationer synes mig detta vilkor bäst uppfyllas af dem, vid hvilka icke någon lesion af blåsan eller urethra behöfver komma i fråga. Valet kommer sålunda för mig att ställas mellan följande tre: *kastration*, *underbindning af arteriæ iliacæ* och *prostatectomia lateralis*. Hvad *kastrationen* beträffar, så är det ju redan bevisadt, att man med denna operation kan vinna särdeles goda resultat. I litteraturen finnas omtalade ej så få fall. Denna operation har också fördelen af att vara ett jämförelsevis litet kirurgiskt ingrepp. Men uppoffrandet af testes, utan att det kan sägas vara absolut nödtvång, är en betänklig sak, framför allt om vi skola utföra operationen på ett tidigt stadium och kanske på personer, hvilka ej öfverskridit 50 å 55 år. Af dessa torde väl de flesta föredraga palliativbehandling, om valet ställes för dem mellan en sådan och *kastration*.

*Underbindning af arteriæ iliacæ* har ju också visat sig medföra god verkan fastän kanske ej lika säker som *kastrationen*, men det är svårt att frigöra sig för misstanken, att verkan kommer att blifva endast en öfvergående. Skulle denna misstanke emellertid visa sig ogrundad,

så är ju operationen ej att förakta och är för mig åtminstone mer tilltalande än kastrationen.

*Prostatectomia lateralis* är liksom de båda nyss nämnda en operation af ganska färsk datum. V. DITTEL beskriver den i 19 och 20 h. af Wiener Klin. Wochenschr. för 1890. Jag förbigår beskrifningen på operationen, som för de flesta här närvarande torde vara bekant. Vid denna operation är det liksom vid de äldre operationerna fråga om ett direkt angrepp på det mekaniska hindret för urinens aflöde, men ett angrepp, som sker utifrån utan lesion af slemhinnan i urethra eller blåsan. Då jag läste V. DITTELS uppsats föreföll det mig önskvärdt att få operationen, som för öfrigt syntes praktisk, något förenklad, och jag funderade därför på möjligheten att på någon enklare väg komma åt prostata utifrån, och mina tankar föllo närmast på ett tvärsnitt, liknande det man använder vid LAWSON TAIT'S perineorafi. Jag gjorde försök på lik och fann, att det var möjligt och t. o. m. jämförelsevis lätt, att med ett sådant snitt komma fram till prostata och få organet så fritt, att man kunde göra den önskade resektionen. Sedan har jag äfven haft tillfälle att pröfva operationen på lefvande.

Operationen utför jag på följande sätt: Sedan patienten placerats i stensnittsläge, en kateter införts i urethra och en gastampon i rectum, lägges ett tvärsnitt genom huden och underhudsväfnaden från den ena tuben ischii till den andra. Därefter genomskäres fascian och föreningen mellan sphincter ani och musculus bulbo-cavernosus. Efter detta kan man med fingrarna och trubbiga instrument arbeta sig fram till prostata utan att skada muskulaturen och utan lesion af kärl och nerver, som passera på sidorna. Operationsfältet hålles öppet och tillgängligt för synen genom två långa, vinkelböjda, trubbiga hakar, en framåt och en bakåt. M. levator ani behöfver ej lederas utan skjutes åt sidorna bakåt och hålles, om så behöfs, undan med två trubbiga hakar. Hela denna del af operationen utföres så godt som oblodigt. Nu återstår att befria bakre ytan af prostata från det vennät, som här finnes, och som ofta är ganska rikligt utveckladt. Detta göres äfven så mycket som möjligt trubbigt men lyckas väl sällan utan att framkalla en mer eller mindre riklig venös blödning, hvilken stillas genom tamponering under några minuter eller eventuellt underbindning. Först sedan blödningen är väl stannad, går man till resektion af prostata. Resektionen har jag utfört så, att jag med en enkel klotång fattat prostatas ena sidolob och gjort en kilformig utskärning ur denna, större eller mindre alt efter organets storlek. Klotången flyttas sedan till den andra sidoloben, ur hvilken likaledes utskäres en kil. Stundom kan man påträffa begränsade tumörer liksom vid uterusmyom. Dessa kunna skalas ut med tillhjälp af skalpellskaftet. Lesion af urinröret är nog ej alltid så lätt att undvika. Jag tror, att det lyckas bäst, om man aktar sig för att göra någon dragning med klotången i afsikt att få prostata längre ned och följaktligen mera tillgänglig. Det lyckas ändå ej att få organet så långt fram, att det blir fullt tillgängligt för synen, utan man nödgas göra resektionen delvis med ledning af känseln. När resektionen är gjord på båda sidor, kan man antingen sy ihop såret fullständigt med suturer, hvilka helst böra fatta skäligen



djupt, eller, om man så vill, dränera midten af såret med ett dräneringsrör eller en gasremsa. Någon sutur i prostata är ej behöflig.

M. H. Det hade varit önskvärdt, att jag kunnat framlägga en serie operationer, utförda efter den metod, som jag nu beskrifvit, men det kan jag tyvärr icke. Jag disponerar blott öfver ett enda fall och därtill ett i flere afseenden mindre gysamt.

Patienten i fråga var en 76 års man, arbetare, som under flere år haft lindriga symptom af prostatahypertrofi, hade måst låta urinen mycket ofta, någon gång med svårighet, men aldrig haft fullständig retention och aldrig använt kateter förr än några dagar före intagandet på sjukhuset i början af mars månad i år. Under de dagar han vistades på lasarettet före operationen, hade han fullständig retention med alldeles klar urin. Detta hade nog för mig ej utgjort anledning att föreslå en så pass gammal man att underkasta sig en prostatektomi, men jag bevektes därtill af den omständigheten, att det var ytterligt svårt att införa en kateter i hans blåsa. Med Nélaton-kateter och kateter coudée lyekades det aldrig, men med fast kateter af någorlunda grof kaliber lyekades det fastän med svårighet. Min dåvarande underläkare, som visst icke var ovan vid handterandet af katetrar, fick flere gånger afstå från vidare försök. Sköterskan och patienten själf lyekades aldrig få in någon kateter. Under sådana förhållanden ansåg jag mig böra tillråda patienten operation, som företogs den 14 mars på det sätt, som jag förut beskrifvit. Vid resektionen råkade jag göra ett litet hål på urethra, som jag försökte sy ihop med ett par suturer. Det lyekades emellertid ej fullständigt, utan det uppstod en fistel, genom hvilken under tre veckors tid en del urin flöt ut.

De första dagarna efter operationen låg patienten med en mjuk kateter i blåsan. Då katetern efter 3 å 4 dagar aflägsnades, led patienten af inkontinens, en olägenhet, som dock småningom minskades och var fullständigt försvunnen ungefär vid samma tid, då urinfisteln var läkt, d. v. s. tre veckor efter operationen. Till en början kunde patienten hålla urinen endast kortare stunder, men småningom ökades tiden till 2 å 3 timmar och längre under natten, och han kunde tömna sin blåsa i det allra närmaste fullständigt. I detta tillstånd befann han sig två månader efter operationen. På allra sista tiden har han blifvit något slö, ligger nu till sängs för det mesta och har gärna ett uringlas hos sig i sängen, hvarför det är litet svårt att kontrollera, hur ofta han låter urinen. Han kan fortfarande tömma blåsan nästan fullständigt. Införandet af kateter har efter operationen alltid gått lätt.

Jag har anfört fallet därför, att det är det enda, som jag opererat på detta sätt, och därför att det visar effektiviteten af en prostatectomia lateralis eller, om man hellre vill, en resektion af prostatas sidolober, men det kan naturligtvis ej vara min mening att draga några slutsatser af ett enda fall. Jag har blott velat fästa uppmärksamheten på operationen, som, om den utföres så som jag föreslagit, ej är synnerligen svår eller ingripande.

Prostatectomia lateralis har, så vidt jag känner, hittills blifvit utförd blott i ett fåtal fall, men, när den blifvit utförd, alltid haft den åsyftade verkan. I hvilka eller hur många fall den kan blifva använd-

bar, om den för öfrigt visar sig daglig, är väl ännu för tidigt att yttra sig om. V. DITTEL vill anse den passande för de flesta hypertrofier af prostata och gör egentligen endast undantag för den ensidiga förstoringen af mellanloben inåt blåsan, en form, som ju numera ej anses höra till de vanligare.

Om flere af herrar Kolleger ville vid lämpliga tillfällen försöka operationen, skulle vi ju snart kunna få samlad litet erfarenhet och på grund af denna kunna börja resonera om den föreslagna operationens duglighet eller oduglighet. Innan vi fått en sådan blir väl en diskussion om saken tämligen ofruktbar.

Dr. RAMM: *Kastration ved Prostatahypertrofi.* (Afhandlingen in extenso indgået som N:r 29 i Nord. Med. Arkiv, 1895.) Prostata skrumper ind efter Kastration; Skrumplingen begynder 24 Timer efter Operationens Udførelse. Den inträder halvsidig ved enkeltsidig Exstirpation testiculi. Om Atrofien indtræder efter Ligatur eller Resektion af vas deferens med dens Kar og Nerver, er tvivlsomt; PELICAN beretter, at det kan forekomme.

Foredragsholderen præsenterede to Patienter, kastrerede henholdsvis  $\frac{4}{4}$  93 og  $\frac{26}{4}$  93. Tilf. ere bægge tidligere beskrevne. Tilstanden er nu den, at den ene urinerer 2 Gange om Natten, 3 til 4 Gange om Dagen. Urinmængden er 60 Gram to Timer efter sidste Urinering. På Opfordring kunde han ikke urinere. Den anden kvitterede på Opfordring 50 Cem., hvorefter der fandtes 35 Cem. Residualurin i Blåren. Han lader Vandet som Regel to Gange om Natten, om Dagen er alt normalt. Bægge have efter Operationen været uden Urinbesværligheder.

STRÖM: Har fulgt RAMMs Forsøg med Interesse, har selv forsøgt Operationen to Gange; men des værre ere hans Resultater ikke så gode og stemme ikke helt med RAMMs Erfaringer.

1) En 60-årig Mand, involontär Afgang af Urin om Natten, om Dagen tömte han den hyppig, Residualurin 600 Cem. Ved Katerisation to Gange dagligt i Löbet af en Måned nåedes ikke længere ned end til 300. S. foreslog da Kastration. Han så ham i Går: Residualurinen var endnu 400 Gram; alle hans Besværligheder vare uforandrede; men hans prostata var betydelig mindre.

2) Hos en anden Patient, opereret for to Måneder siden, er Tilstanden ganske uforandret. Påfaldende hos dem bægge var, at umiddelbart efter Operationen kom Urinen i meget bedre Stråle. STRÖM kan kun forklare sig dette som Følge af den Åreladning eller Blodudtømmelse, som Operationen bevirker. Vil ikke på basis af disse 2 Tilfælde udtale nogen Dom.

STRÖM har for Öjeblikket 2 Patienter på Afdelingen med Residualurin på omkr. 300, men uden at der hos disse Patienter er Prostatahypertrofi at konstatere, og uden at der er mindste Vanskelighed ved at indføre Kateter. Mener derfor, at man skal være forsigtig og vælge sine Tilfælde.

Dr. MALTIE: Prostata kan være forstørret og betinge Urinretention, uden at man kan føle Forstørrelsen gennem rectum. Han havde udført RAMMs Operation to Gange:

1) Striktur + Prostatahypertrofi + Cystit. Kateterisation, derpå Kastration. Tilstanden bedredes betydelig, idet Residualurinen aftog fra 400 Gram før til 100 à 150 efter Operationen. Døde 14 Dage senere (Influenza, Pyelonefrit).

2) 4—5 Gange Urinladning om Natten. Kastration med Bedring; en Måned senere fandtes Prostata formindsket. Urinladningen 1—3 Gange om Natten, hver tredje Time om Dagen. Residualurinen ikke undersøgt, da Taleren ikke anså Kateterisation for rigtig i dette Øjemed, når Kastration var tilsigtet.

Prof. NICOLAYSEN beretter om nogle Tilfælde:

I 1894 blev Prof. NICOLAYSEN opmærksom på betydelig halvsidig Atrofi af Prostata efter ensidig Kastration. Dette var nogen Tid, efter at Dr. RAMM havde holdt sit Foredrag i Kristiania medicinske Selskab. Den 22:de Februar 1895 gjorde N. sin første ensidige Kastration for Prostatisme med meget godt Resultat; den 15:de April opereredes det 2:det Tilfælde, også med godt Resultat, om end ej så fordelagtigt som det første; det 3:die Tilfælde opereredes den 5<sup>5</sup>. Alle rede 11 Dage efter, da Såret var tilhelet og Cystiten meget forbedret, forlangte Patienten sig udskreven, så at Virkningen for Prostatismens Vedkommende endnu ikke er bleven konstateret.

I Slutningen af Marts 1895 fik N. først Kendskab til Dr. WHITES Circulære, altså 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> Måned efter sin første Operation.

Dersom den ensidige Kastration skulde vise sig fordelagtig, skulde jeg ønske, at min Prioritet blev konstateret i Tide, for at undgå kedelige Reklamationer senere hen.

Prof. J. BERG:

M. H. Jag tror mig veta, att många här närvarande icke norska kirurger med särskild spänning motsett våra norske kollegers meddelanden om d:r RAMMs nya behandlingsmetod mot prostatahypertrofi. På grund af de fakta, som nu af dem blifvit anförda och med stöd af de undersökningar af opererade patienter, som vi godhetsfullt tillåtits utföra, kan, synes mig, redan nu den slutsatsen dragas, att genom en kastration med stor regelbundenhet en palpabel förminskning af prostata åstadkommes. Därmed är naturligtvis ingalunda ännu fastställt denna operations värde såsom terapeutiskt hjälpmedel mot den sjukdomsbild, som vi efter GUYON äro vana att benämna »prostatism». Redan a priori kan man väl förutsäga, att den kräfver speciella indikationer. Att en åtgärd, som afser att minska det mekaniska hinder, som en förstorad eller formförändrad prostata sätter för urinkastningen, ej kan vara tillfylles att häfva t. ex. de följder, som en fullständig atoni i blåsan medför, synes mig påtagligt. Inom intet område af rationel terapi äro vi i besittning af ett medel, som kan göra anspråk på

att utan vidare individualisering i alla fall häfva de funktionela rubbningar, som en komplicerad patologisk process medfört.

Af hvad vi redan sett synes mig dock framgå, att vi ega stora skäl att lyckönska d:r RAMM till hans genialt tänkta och väl förberedda behandlingsmetod mot ett lidande, som hittills förbittrat så mångens lefnadsafton. Skulle fortsatta försök bekräfta prof. NICOLAYSENS förhoppning, att redan den ensidiga testis-exstirpationen är egnad att framkalla formförändringar af blåskörteln, tillräckliga att i lämpliga fall lindra prostatismens symptom, då bortfaller ju den hittills största skuggsidan af d:r RAMMs operation. En sak ytterligare beträffande prostatismens kirurgiska behandling synes mig redan nu klar. Den RAMMska operationen är enligt min uppfattning på grund af redan vunnen erfarenhet egnad att åtminstone tillvidare ställa fullkomligt i bakgrunden alla de operationer, som afse att direkt på blodig väg förminska en hypertrofisk prostata, och jag kan ej annat än beklaga, om d:r WARHOLMS förhoppning ginge i fullbordan, att flere af nordens kirurger skulle f. n. känna sig hogade att skäuka vidgad utöfning åt sådana operationer som prostatectomia lateralis.

D:r WARHOLM: Såsom svar på prof. BERGs yttrande, att det vore sorgligt, om d:r Wis förhoppning, att den af honom föreslagna operationen af kollegerna skulle komma att användas i större utsträckning, vill jag annärka, att jag ej uttalat den förhoppning, att operationen strax skulle användas i större utsträckning, utan att kollegerna skulle visa benägenhet att använda den i *lämpliga* fall, och till *lämpliga* fall räknar jag sådana, där patienten ännu icke är för gammal, där ännu någorlunda god tonus af blåsan finnes bibehållen och en tydlig förstoring af prostatas sidolober kunnat konstateras. Håller man sig till dessa fall, så tror jag ej, att operationen är *så* farlig som prof. BERG antydde. Att prostatektomien är ett farligare ingrepp än kastration är väl odisputabelt, men jag har ansett den något större farligheten fullt uppvägas däraf, att prostatektomien icke är en i den grad stympande operation som kastrationen och i följd däraf mindre motbjudande för patienten.

M. W. AF SCHULTÉN: Den föreliggande frågan synes ännu icke mogen för en fruktbringande diskussion, då det förebragta kasuistiska materialet är så ytterst ringa. För min del kan jag icke ansluta mig till dem, som hysa entusiastiska förväntningar beträffande den föreslagna operationens framtid. En dubbelsidig kastration innebär en stympning, ett upphäfvande af en viktig fysiologisk funktion. Oafsedt testiklarnas betydelse för generationen, afsöndra de ytterligare ett sekret, eller någon substans, som för organismen har betydelse och värde. Detta framgår af de mäktiga förändringar såväl kropp som själ undergå genom testiklarnas aflägsnande — hvilket genom erfarenheter från människans lif och patologi samt genom det fysiologiska experimentet är nogsamnt bekant. Man kan hysa tvifvel, huruvida det är lämpligt att föreslå en sådan operation, särdeles om man icke kan därmed säkert bjuda bot

eller anseelig förbättring af det till sin natur otvifvelaktigt kompli-  
cerade lidande, som benämnes prostatahypertrofi.

Det synes mig, att tilsviðare de kirurgiska försöken borde gå i  
en riktning, som en ärad talare antydt — nämligen afse att utreda i  
hvad mon ensidiga kastrationer inverka på prostata, särdeles i sådana  
fall, där dess ena hälft är mera förstörd — samt bringa klarhet däri,  
huruvida en del symptom kunna därigenom förbättras.

NICOLAYSEN har gjort en Prostataktomi med udmärket Resultat.  
Har gjort en stor Del af sine Stensnit som median Prostatomi og  
lagde et tykt Kateter ind; i alle de Tilfælde, hvor der var Prostata-  
hypertrofi med Urinbesværligheder, hjalp dette.

RAMM glæder sig over de Vidnesbyrd, som han har hørt fra sine  
Kolleger, og han er meget klar på, at det hele er i sin Begyndelse.

Professor JOHN BERG: »Om reftbenskondrit» (hufvudsakligen från klinisk  
synpunkt).

Föredraget utgjorde resumén af en tidskriftsuppsats som inom kort  
skall publiceras. (Se Nord. med. arkiv, 1895, n:r 22). Herr B.  
framhöll den knapphändighet, hvarmed denna åkomma nämnes i läro-  
och hauböcker, oaktadt den både är ganska vanlig, företer mycket af  
intresse och betingar en synnerligen ingripande terapi för sin radikala  
bot. Med stöd af de 15 fall, som herr B. haft tillfälle följa, lemnades  
en öfversikt af sjukdomens förlopp och symptom, differentialdiagnos och  
etiologi — tuberkulos, tyfus, andra septiska infektioner, syfilis — samt  
skildrades det grundliga behandlingssätt, som B. funnit nödvändigt för  
vinnande af pålitlig läkning.

Dr BERGH: Min verksamhet såsom kirurg faller till ej ringa del  
inom en trakt, i hvilken tuberkulos är synnerligen allmän. Bland alla  
de växlande former af denna sjukdom, jag där haft tillfälle iakttaga,  
har äfven funnits den, hvarom nyss blifvit ordadt, uti 12 fall.

Dessutom har jag haft att göra med reftbenskondrit uti två fall,  
där lues förelegat.

I samtliga fallen har excision af all synlig sjuklig väfnad, så väl  
i de mjuka delarna som uti broskväfnaden, egt rum; fistlarna hafva  
därefter blifvit hopsydd, och det sjuka partiet i brosket jodoformeradt  
och dräneradt så direkt som möjligt.

I de tuberkulösa fallen har patienten dessutom blifvit satt på så  
kraftig diet som möjligt, och antituberkulösa medel — så goda de fin-  
nas — blifvit gifna.

I de luetiska har jämte den lokala behandlingen inslagits äfven  
en antisyfilitisk.

Enär föredraganden nämnde, att åkomman, så vidt han observerat,  
ej tillhörde barnåldern, torde det icke sakna intresse att meddela sjuk-  
berättelsen rörande näst det sista fall, jag opererat.

Detta sista fall gälde en yngling om 18 år.

Flickan Emilia Önell, 13 år, från Gefle. Inkom å lasarettet den 30/4 1895. Diagnos: Tuberculosis cartilag. costæ 2, lateris sinistr.

Anamnes: En syster är död uti lungsot; för öfrigt icke någon tuberkulos inom släkten. För ett par år sedan hade patienten en ögonsjukdom, sannolikt af skrofulös art. Hennes nuvarande onda är 3 å 4 månader gammalt. Det började med en stor knöl — af en tekopps vidd — i mellanrummet mellan 2:dra och 3:dje rebbenet å vänstra sidan. Efter en månad bildade sig en mindre knöl på midten af sternum vid 4:de rebbensbroskets fäste; denna blef först röd och därefter blå. Pat. hade mycket ondt af sin åkomma och kunde icke sofva om nätterna. Läkare sade, att det var en karbunkel och öppnade den. Mycket litet var utkom.

Status præsens. Hull och kropps-konstitution tämligen goda, dock föreligger en viss antydning om skrofulös habitus. Lungor och urin normala. På bröstet, midt öfver sternum, i höjd med 4:de rebbensbroskparet synes en liten fistelöppning med trasiga kanter och blå-röd omgifning. Ur denna flyter sparsamt en serös, grumlig vätska. Med sond kan intet blottadt ben kännas.

Operation 15 1895. Vid insnitt synes från nämnda öppning en fistel, gående i mjukdelarna under huden till vänster och uppåt, tills den plötsligt i höjd med 2:dra rebbensbrosket nära dess yttre ände förlorar sig uti en väl hasselnötstor håla, delvis bildande en rund urhållning uti sist nämnda brosk, och fylld med en tjock, hvit, ostig massa. Själva fisteln är utklädd med fula, slappa granulationer.

Behandlingen bestod i excision af all synlig, sjuk väfnad, jodoformering och dränering af själfva såret samt hopsynning af fisteln.

13 5. Såret rent, fyller sig med goda granulationer. Varet sparsamt.

30 5. Patienten är läkt; utskrifves.

10 8. Denna dag är patienten undersökt; fullt frisk och läkt.

D:r EKEHORN meddelade ett fall af *serös osteo-kondrit* i sternum och angränsande rebbensbrosk.

I. P. N., 42 år. arbetare. Intogs å Hernösands sjukhus den 28 mars 1894, utskrefs den 2 juni.

Hans fader dog vid 39 års ålder i lungsot. Själ har pat. förut varit frisk.

För omkring 2 år sedan märkte han för första gången en öm fläck till höger om sternum i jämnhöjd med dess midt, hvilken fläck ömmade vid tryck och smärtade, när rörelser utfördes, som togo de muskler i anspråk, hvilka utgingo från området för den ömmande fläcken.

Ett år därefter började en liten knöl uppkomma i jämnhöjd med midten af corpus sterni vid dess högra kant. Under ett år tillväxte denna altjämt så småningom och är nu stor som en stor knytnäve. Huden öfver den samma något rodnad. Tydlig fluktuation.

Inga spontana smärtor finnas i svullnaden, som något ömmar vid tryck.

Vid öppnandet af denna uppdrifning befans den innehålla en fullkomligt serös, klar vätska. Väggarna uti hålan voro beklädda med en

membran, fullt lik den som ofta bekläder väggen i en tuberkulös abscess.

Sternum var på detta ställe i kanten karieradt. I angränsande brosk finnas de förändringar, som man påträffar vid tuberkulös kondrit. Leden mellan brosket och bröstbenet är fylld af graulationer.

De förändrade partierna borttogos, och hålan slöts med sutur, men måste efter ett par dagar öppnas, på grund af en riklig sekretion af en ej fullt klar vätska, och behandlades därefter öppet.

Efter någon kort tid uppkom en liten, valnötstor upphöjning omkring 1 $\frac{1}{2}$  tum utanför den först omtalade. Äfven denna visar sig vid incision innehålla en fullt klar, serös vätska. I botten af denna håla påträffades äfven sjukligt brosk af underliggande refben.

Ehuru jag tror, att den primära härden låg i sternum, har jag ansett mig böra omnämna detta fall såsom exempel på en serös, fastän sekundär, kondrit i refbensbrosk.

#### M. W. AF SCHULTÉN: Plastiska operationer, afseende att fylla benhålor i femur.

Vid senaste nordiska kirurgkongress hade jag tillfälle att demonstrera en metod att osteoplastiskt, genom mobilisering och förskjutning emot hvarandra af sidoväggarna utfylla benhålor, som äro föranledda hufvudsakligast af osteomyelitiska processer. Denna metod har sin tillämpning i synnerhet vid hålor i tibia, som visserligen ock äro de oftast förekommande. Jag har hittills utfört väl ett 20-tal sådana osteoplastiska operationer och är med stigande erfarenhet allt mera tillfreds med resultatet.

Men huru bör förfaras med de äfvenså ganska talrika benhålorna efter osteomyelit i femur — vanligast i dess nedre ände? Sjukdomshärden är i själfva verket på detta ställe ofta mycket stor och utbreder sig ända ned i kondylerna. En säker läkning af en sådan härd vinnes icke genom aflägsnande af större sekvestrar och utskrapning af fistlar, utan måste själfva den inre härden, bestående af granulationer och rarefieradt ben, noggrant evakueras. Sker detta icke, kvarstå fistlarna, eller, om än skenbar läkning eger rum, hota våldsamma till och med dödliga exacerbationer frän den under en tid latent härd, där infektionsämnet kan förblifva virulent under decennier.

Att söka läka en sådan håla i femur under blodskorpa, genom dess fyllande med dekalineradt ben eller nyss aflösta benstycken, leder till intet säkert resultat, redan därför att dessa oregelbundna hålor knappast kunna göras aseptiska, än mindre är den jämväl föreslagna plomberingen med gips eller amalgam praktiskt möjlig i dylika fall.

Att genom delvis afmejsling af benhålans sidoväggar förvandla den samma till en ränna, i hvilka de mjuka delarna kunna intryckas, är stundom genomförbart på midten och öfre delen af låret, men kan klarligen icke tillämpas för nedre epifysen.

En osteoplastik, analog med den af mig på tibia utförda, möter stora svårigheter i här afsedda fall. Kaviteten är djupt belägen, den har en ofta oregelbunden, afrundad form och tjocka, hårda väggar.



Att regularisera en sådan håla, att lösa, deplacera och mot hvarandra fixera dess väggar blefve mycket svårt och iugripande.

Jag har snart öfvertygat mig därom, att en osteoplastik är sällan tillämplig vid dessa femurhålur. Däremot har jag funnit, att ett annat material, som benets omgifning i relativt riklig grad erbjuder, synnerligen väl egnar sig för det afsedda ändamålet, nämligen muskellambåer från muse. extensor femoris, stående i förbindelse med själfva femurs periost. En långsträckt, lämpligen formad muskelperiostlambå med en bred uppåt liggande stylus låter väl infoga sig i den bredt öppnade och väl renskrapade hålan samt inläkes där, fullständigt utfyllande hålan. Fastläkningen underlättas däraf, att lambåns undre yta består af periost, som har mycken tendens att fastläkas vid hålans botten.

Se här huru jag förfar vid en osteomyelit i nedre änden af femur:

1. I en första seans verkställes *sekvestrotomi* och *evakuat*ion af sjukdomshärden. ESMARCHS slang anlägges. De vanligen på sidorna af benet befintliga fistlarna vidgas något; de leda nästan alltid till en håla på lårbenets baksida mellan periostet och själfva benet, som kännes blankt. Stundom finnas där sekvestrar, som extraheras; i hvarje fall renskrapas denna bakre håla, liksom fistlarna.

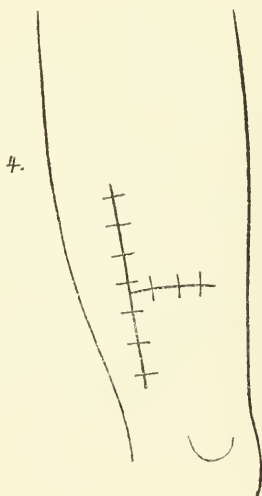
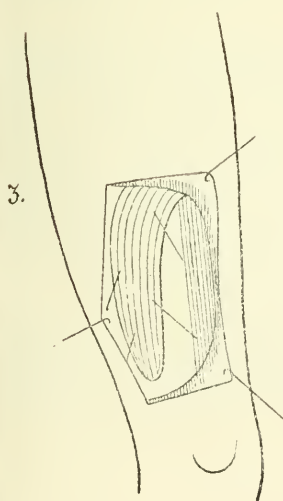
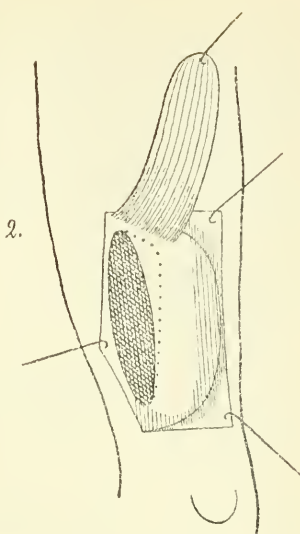
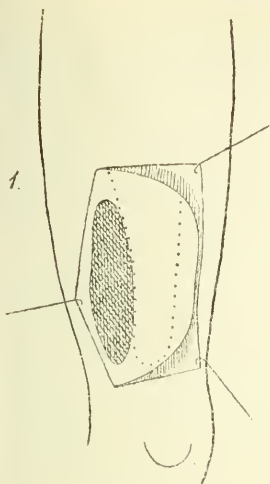
Därpå följer friläggning af den osteomyelitiska härden inne i benet (här till skrides omedelbart i sådana fall, där fistlar saknas, såsom vid benabscesser). Ett långt längdsnitt på lårets främre yttre sida, börjande tätt öfver knäleden, föres genom hud, muskulatur och periost ända till benet. Periostet löses åt sidorna, och benet uppmejslas rikligt.

Den af granulationer, större och mindre sekvestrar samt rarefieradt ben upptagna härden utskrapas noga med starka slevvar. Därpå tamponeras hålan med jodoformgas; några små muskelarterer bindas eventuellt, hvarefter äfven såret i mjuka delarna tamponeras och förbandet anlägges.

2. Själfva den *plastiska operationen* verkställes tidigast efter 3 till 4 veckor, sedan sårhålan väl renat sig och blifvit beklädd med friska granulationer. Slang anlägges. Såret i mjuka delarna, som dragit sig ihop, vidgas å nyo tillräckligt. Hålan och hela såret skrapas noga fria från granulationer och ung bindväf samt utsköljas med sublimatlösning. Lambån tages uu lämpligen från den del af muskulaturen, som gränsar till snittets inre rand.

Främst göres ett 5 till 6 em. långt tvärsnitt genom huden, vinkelrätt mot längdsnittets midt och i riktning inåt. Hudflikarna lösprepareras rikligt från fascian och hållas undan med skarpa hakar. Nu utskäres en tungformad lambå med basen uppåt från muskulatur och periost, så beräknad, att den skall kunna utfylla hålan (bild 1). Vid långt nedträngande hålur bör den altså hafva en betydlig längd. Knifven föres ända till benet, hvars periost aflöses jämte lambån, hvilkens undre yta sålunda är beklädd af det just aflösta periostet och i förbindelse därmed den del periost, som aflöstes vid benhålan uppmejsling. För att lambån skall låta väl infoga sig i hålan är vanligen nödigt att afmejsla en del af benkanten, som begränsar hålan inåt (bild 2). Försiktigast är att ombinda märkbara, afskurna muskelkärn,





hwarefter slangen aflägsnas, och ytterligare kärl bindas. Lambån falles in i hålan, där den förblir genom sin egen tyngd, men dock ytterligare fixeras genom några katgutsuturer, förda från lambåns yttre yta till omgifvande mjuka delar (bild 3). Därpå hopsys hudsåret antingen fullständigt eller med lemnande af öppna rum, där äfven dränrör kunna införas (bild 4).

Fistlarna lemnas därhän eller tamponeras med jodoformgas.

Benet placeras på en bolstrad skena och eleveras, men öfver själfva såret sätter jag vanligen endast ett s. k. skyddsförband, d. v. s. en metalltrådsbåge, som hvälfver sig tillräckligt högt öfver såret, anbringas, hvilande mot den bolstrade skenan. Däröfver lägges ett par lager gas eller vaxtaft, altsammans fixeras med bindor.

Intet förbandsstycke kommer således i beröring med såret, som ligger fritt under metallbågen och ej utsättes för någon slags kompression eller yttre retning, t. ex. genom förbandets fastklibbning vid såret.

Vid förbandsbytet, som sker först efter 1 till 2 veckor eller längre tid, om störelse ej inträffar, blir såret äfven oberördt. I de flesta fall inträffar under ett sådant skyddsförband en reaktionsfri läkning; stundom uppstår en lätt suppuration från sårwinkelarna eller dränhålén. Med fördel strykes då litet borvaselin på dessa ställen, när förbandet omlägges.

Denna förbandsmetod, vid hvilken det komplicerade såret, skyddadt för alla yttre skadliga inflytelser, lemnas att ostördt läkas för sig själf, har synts mig ganska fördelaktig vid dessa rätt ömtåliga myo- och osteo-plastiska operationer, som röra sig på infekterad mark. Dock menar jag att vanliga, luckert och försiktigt anlagda aseptiska förband äfven äro väl användbara.

Äfven fistlarna läkas hastigt, då sjukdomshården ej mera existerar. Läkningstiden har växlat från 1 månad till 2, någon gång 3 månader.

Störelser kunna uppstå genom efterblödning och blodansamling under huden och genom sekretretention. Noggrann öfvervakning och observation af temperatur och puls äro därför erforderliga.

I svårare fall, då hålan är mycket stor, låter den icke fylla sig med *en* muskel-periostlambå. Jag har då anlitat utvägen at bilda *två* lambåer, den ena på inre, den andra på yttre sidan af behålan. Den förras styrka förlägges uppåt, den senares nedåt; viktigt är blott att styli göras tillräckligt breda. Därpå infalles först den inre och sedan den yttre lambån i hålan — eller tvärtom, efter som det bäst passar sig. Lambåerna fixeras med några katgutsuturer. Hudsnittet hopsys som vanligt (i detta fall är nödigt att göra tvänne tvärsnitt genom huden, det ena inåt det andra utåt).

Är blödningen stark, då slangen borttages, och låter den sig icke genom ligaturer någorlunda stillas, är säkrast, särdeles i komplicerade fall, att till en början blott tamponera hålan och hela såret samt först följande eller därpå följande dag inpassa lambåerna och hopsys huden. Jag har så förfarit i fallet 5, där två lambåer användes med godt resultat.

Jag har tils vidare i ett 10-tal fall tillämpat denna plastiska operationsmetod för fyllandet af hålör i femur. God tillgång finnes på gamla, aldrig fullt läkta eller recidiverande femur-osteomyeliter. Jag meddelar här i korthet 6 fall, hvilka kunnat fullt läkta utskrifvas. Operationens resultat är ganska tillfredställande, i det hålör, som trotsat all behandling, inom 1 till 2 månader bringas till total läkning. Någon märkbar funktionsstörrelse uppstår icke däraf, att ett litet parti af musc. extensor eruris undandrages sin egentliga uppgift. För tidigt är naturligtvis att afgöra, om recidiv kan följa; sannolikt är det ej, om operationen är omsorgsfullt utförd.

De 6 fallen äro följande;

1. P. H., bondson, 20 år. Osteomyelit i femur dextr. för 5 år sedan; benbitar hafva uttagits. För 5 månader sedan dylik åkomma i hela femur sin.; flere fistlar öppnade sig. Ganska försvagad. 2 aug. 1894: *uppmejsling* af hela högra femur; flere större och mindre sekvestrar aflägsnas. Stark blödning, då slang ej kunde hela tiden användas. Stark kollaps. Kommer sig efter intravenösa koksaltlösninginfusioner. Mellersta delen af hålan läkes, öfre och nedre delarna kvarstå. — 5 jan. 1895: *evacuatio* af de sist nämnda; hålan nedtill är mycket stor. — 3 febr.: *oper. plastica* för den nedre hålan. Lambå tages från inre sidan, omfattar ock huden. Skyddsförband. Afebrilt förlopp. Lambån inläkes fullständigt. Dock först den 25 maj äro hudsåret och alla fistlar i öfre delen af låret läkta. Utgår.

I detta första fall uppehöls läkningen dels däraf, att en huddefekt uppstod, då jämte muskellambån äfven huden infogades i hålan, hvilket var öfverflödigt, dels af den öfre femurhålan hopskrumpning.

2. E. N., bondson, 13 år. Sedan 4 år osteomyelit i högra femurs nedre ände. Efter hand flere fistlar. 15 sept. 1894: *uppmejsling* af femurs nedre del från främre yttre sidan, en stor sekvestertagg uttages. Hålan 11 cm. lång. Äfven dess inre vägg är förstörd intill periostet. Läkes ej. — 8 mars 1895: *oper. plastica*; den utskrapade hålan är som förut 11 cm. lång, 3 till 4 cm. bred och djup. Lambå af muskel och periost tages från yttre sidan. Hudsåret fastsys totalt. Skyddsförband. Blödning under lambån, som ej genast observerades. Sekretretention, erysipelatös rodnad och feber några dagar. Hudsåret slås upp, men lambån tar bra. — 23 april: transplantering enligt THIERSCH. — 22 maj: fullt läkt. — 10 juni: utgår.

3. H. L., inhysingson, 17 år. Osteomyelit i högra femurs nedre och mellersta del sen 10 veckor. Ej fistel. 21 jan. 1895: insnitt på yttre främre sidan, var uttömmes från sårets baksida. En håla i nedre delen af femur utskrapas, ingen sekvestertagg. En lätt ros under 1 vecka stör förloppet. — 13 mars: *oper. plastica*, sedan femurhålan ytterligare vidgats. Lambå på mediala sidan om snittet: hudsåret fastsys, skyddsförband. Reaktionslöst förlopp. — 23 april: alt läkt. — 8 maj: utgår.

4. R. H., arbetare, 25 år. Osteomyelit i högra femurs nedre ände för 15 år sedan; fistlar uppstodo, benbitar afgingo. Läktes efter

5 år. För 3 veckor sedan svullnad af benet, värk, fistel öppnade sig. — 4 mars 1895: *uppmejsling* af femur, en glattväggig, afrundad, varfyld håla, 9 em. lång, frilägges. — 5 april: *oper. plastica*. Lambå från främre sidan medialt från såret. Huden hopsys totalt; skyddsförband. Reaktionslöst förlopp. — 8 maj: fullt läkt. Utgår.

5. A. B., bondson, 17 år. Osteomyelit i högra lårets nedre del för flere år sedan. Behandlades på kliniken i början af 1894 och utgick frisk d. 8 juni. Recidiv i jan. 1895; värk, feber, svullnad; fistlar öppnade sig. — 4 mars: *sekvestrotomi*: en bakre kortikal sekvester borttages, en stor abscesshåla finnes i fossa poplit. och nedåt underbenet. Benet uppmejslas; främre och äfven den blottade bakre väggen af hålan, som sträcker sig in i condyl. extern., bortmejslas. — 18 april: *oper. plastica*. Fistlar skrapas. Hålan är 10 till 11 em. lång, 7 em. djup och 3 till 4 em. bred. För att fylla den stora hålan tagas tvänne lambåer: en inre, med stylus uppåt och en yttre, med stylus nedåt. På grund af liflig blödning tamponeras såret tils vidare. — 20 april: lambåerna infällas i hålan. Huden hopsys. Skyddsförband. Sekretretention, så att en del af hudsåret måste öppnas. Sedan yttlig suppuration utan feber. Lambåerna inläkas väl. — 1 juni alt läkt. — Utgår 7 juni.

Denna komplicerade operation fordrade således 42 dagar till läkning.

6. K. A. H., dräng, 26 år. Vid 10 år svullnad och värk i vänstra låret. Sedan bra utom ristningar vid ansträngning. För 7 veckor sedan åter svullnad och stark värk i benet; fistlar öppnade sig. — 7 jan. 1895: *uppmejsling* af femur på yttre bakre sidan; en 6 em. lång håla frilägges, ingen sekvester. — 16 april: *oper. plastica*; lambå från lårets främre sida. Skyddsförband. Ingen feber; något sekretion. — 10 juni: såret alldeles läkt. — 17 juni: utgår.

#### Förklaring af bild. 1—4 (sid. 71).

- Bild 1. Längd- och tvärsnitten äro gjorda. De båda hudflikarna äro aflösta från fascian och kraftigt ekarterade med hakar. Benhålan (det mörkskuggade fältet) är uppmejslad och renskrapad. Den punkterade linien anger snittföringen, för utskärandet af muskelperiostlambån.
- Bild 2. Muskelperiostlambån är utskuren och dragen uppåt. Den punkterade linien anger den del af benhålaus vägg, som ytterligare bör afmejslas, för att lambån skall kunna införas i hålan.
- Bild 3. Muskelperiostlambån är införd i hålan och fixerad med några katgutsutiner.
- Bild 4. Hudflikarna äro fällda tillbaka och såret fullständigt hopsydt.

Dr. MALTHE: **Bandage for Behandling af aneurisma på Extremiteterne.**

Behandlingen af disse Aneurismer er ofte utilfredsstillende og langvarig. Operation kan være farlig, men fører ellers hurtigt til Målet; Gangrän kan særlig ofte forekomme ved Operation for an. poplitea. Tourniketapparaterne ere ofte vanskelige at benytte, Digital-kompression ofte vanskelig at sætte i Scene.

I et Tilfælde af an. poplitea, hvor Indvikling og Tourniket for gæves var forsøgt, helbrededes Aneurismet ved følgende Bandage:

Der anlagdes en vel arbejdet Stivelsebandage fra ingven til Aukel. Opklippedes 2 Dage efter, og på Stedet for Aneurismets øverste Ende anlagdes et cirkelrundt Fenester i Bandagen, stort nok til Optagelse af en luftfyldt Lawntennisbold, således, at Fenesteret optog et Segment af Bolden tilstrækkeligt til at immobilisere den, når Bandagen på ny fixeredes på Extremiteten. Allerede efter et Par Dage var Pulsationen i Aneurismet ophørt, og senere er det helt organiseret med normal Funktion af Extremiteten. Skulde Trykket være for stærkt, så Cirkulationen i Foden bliver dårlig, kan man puuktere Bolden med en Morfiasprøjtekanyle. Når den indføres skråt igennem Boldens Væg, vil Gummien, om den er af god Kvalitet, selv lukke for den fine Åbning og hindre videre Udpresning af Luften. Det siger sig selv, at, om Bolden ovenover Aneurismet er utilstrækkelig, kan man anlægge en nedenfor eller på selve Aneurismet. — Bandagen kan også anvendes på andre Extremitetsaneurismer.

Dr. MALTHE: **Operation for Ganespalte.**

Operationen foretoges i tre Seancer:

1) Der lægges Snit på begge Sider langs Tandraderne, begyndende fortil lidt foran Spaltens forreste Vinkel og endende ved velums Insertion på proc. pterygoideus. Fra dette Snit løsnes med elevatorium, subperiostalt, palatum durum ind til Næsehulen således, at Spaltens indre Rand overalt frigøres; bagtil løsnes, ligeledes subperiostalt, den øverste Del af Muskelinsertionerne på proe. pterygoideus, ligeledes Bløddelene langs bageste Rand af pars horizontalis ossis palatini. Mellemrummet mellem palat. durum og os palati tamponeres med Jodoformsvamp eller svagt imprægneret Jodoformgaze.

2) Råndene for palatum durum blodiggøres ved et langs Råndene løbende Snit, der omkredser forreste Vinkel. De blodiggjorte Rånde sutureres, ligeledes den løsskårne, i Midten nedhængende Randsløjfe, der benyttes til Daunelse af uvula.

3) Råndene for palat. molle blodiggøres på samme Måde som beskrevet for palat. durums Vedkommende, i det den opad i Midten hængende Sløjfeklump sænkes yderligere for at danne Spidsen af uvula. Sløjfematerialet må tages så tykt, som Materialet tillader, dels for at undgå Gangrän, dels for at få velum så langt som muligt.

Til Suturmateriale benyttes tynd Wormgut, som Suturnål LANGENBECKs krumme Nål, modificeret af Instrumentmager GALLUS i Kristiania.

Operationerne ere kortvarige og kunne udføres næsten smerteløst: Den 1:ste udføres i Kloroformnarkose og tager mindre end 5 Minutter. Den 2:en og 3:dje udføres i Kokainanæstesi og medtage hver 10 til 15 Minutter hos almindelig forstandige Børn, som have nået 5 til 7 Års Alderen eller derover.

Den ved første Operation løsnede Del af palat. ernæres ved Buerne fortil og bagtil, de lægge sig ved egen vis a tergo sammen i Midtlinien således, at der ved den senere Sutur ikke findes nogen som helst generende Stramning. Der kommer efter palatum durums Lösning næsten altid en Mundkatarr med ikke sjældent temmelig tykt, ildelugtende Tungebelæg; dette hindrer hyppig Primærheling ved Sutur i første Seance. Suturen anlægges af denne Grund ikke, for alt Mundbelæg er borte. Denne Vænten medfører tillige den Fordel, at de løsnede Lameller ere udmærket ernærede gennem hele sin Substans og granulere på sin øvre løsnede Flade. Tamponen fjernes Dagen før eller nogle Dage før Suturen anlægges. — Medens den første Sutur heler, træder palatum molle mere og mere ind mod Midtlinien til Dannelse af velum. Det er af denne Grund af Vigtighed at løsne Bløddelene omhyggeligt fra øverste Del af ala pterygoidea og Ganens bageste Benrand under første Seance. Er denne Lösning nøjagtigt udført, vil Muskelsnit for at hindre Stramning ved Suturen anlægges i velum kunne undgås selv i de værste Tilfælde. Mellem 2:den og 3:dje Operat. bør der mindst være et Mellemrum af 8 til 14 Dage og ganske gjerne længere; velum bliver derved bedre udviklet, og Uvuladannelsen foregår lettere, uden Nekrose.

Fire Patienter fremvises, alle med tilfredsstillende Resultat.

I Tilslutning til alle Gauespalteoperationer kræves en meget omhyggelig Opøven i Talens Brug; uden en sådan ere Resultaterne for Talens Vedkommende middelmådige, med den kunne de i Flertallet af Tilfælde blive tilfredsstillende eller udmærkede.

Dr. NAUMANN påpekede en af honom angifven metod att anlägga suturerna (Centralbl. f. Chir. 92, nr 52).

#### Dr. RODE: Behandlingen af Abort.

Årsagen til Abort ligger enten i *adnexa* eller i *uterus*.

På det udstødte ovulum kan dette påvises, om der end er adskillige Overgangsformer, hvor Billedet er forvasket.

Ved de *fra adnexa* fremkaldte Aborter — og disse ere de hyppigste — optræder Blødningen hæftig; Blodet ligger *mellem* Hinderne, eller det har dissekeret sig ud, og vi have rigelig, ja voldsom Blødning.

Ved de *fra uterus* fremkaldte kommer det til Dannelsen af Kød- eller Blodmola. Blødningen optræder sparsomt; Blodet trænger *ind i* Hinderne; kun lidet Blod trænger ud.

Ved *Adnexaformen* er uterns som vanlig ved Svangerskab flad og blød, eller den er Sædet for ujævne Kontraktioner, fremkaldt af de ømfindtlige *adnexa*, og deraf kommer den knudrede, ujævnfaste Konsistens, som man kan finde ved denne Form.

Ved *den uterine Form* er uterus forstörret; den er rundere, den er fast på Grund af Hyperæmi i uteri Substans og det intrauterint tamponerende, forstörrede ovulum.

Af denne korte Fremstilling vil det fremgå, at den første Betingelse for at beholde et endnu udviklingsdygtigt Æg i uterus er Ro — psykisk og fysisk, for at de irregulære Kontraktioner kunne ophøre og det udtrådte Blod absorberes, henholdsvis omdannes.

Jeg forudsætter, at man ikke glemmer de fjärrere Årsager til Abort: patologiske Tilstande hos Fosteret selv, morb. Brighii hos Moderen, lues, Hjærtefejl o. s. v.

Jeg vil her strax tilföje, at ved min videre Fremstilling har jeg for Tanke kun de Aborter, der optræde för 16de Uge. De senere Aborter behandles jo enstemmigen efter de almindelige Regler ved fuldgæet Svangerkab.

I Regelen er Blödning det første Symptom, som bringer den svangre Kvinde til at söge Hjälp.

Men hyppigst er der dog i nogen Tid, kortere eller længere, gået Smerter forud.

Når jeg ved udvendig Undersögelse tror at kunne udelukke grovere patologiske Tilstande, specielt ektopisk Svangerskab, og Sygehistorien kun meddeler om Smerter, og disse ikke er större, end at de fremtræde for Kvinden som af ubestemmelig Art eller som de, der betinges af menses, giver jeg, *uden at explorere*, Fluidextrakt af viburnum prunifolium, en Teske 3 Gange daglig. Allerede efter 50 Gm mærkes, at de fysiologiske Kontraktioner begynde at indfinde sig i Steden for de tidligere irregulære smertefulde; men man bör näppe höre op med Midlet för efter Brugen af 2 til 300 Gm.

Midlet virker samtidig som et stomachieum; men man må dog ordinere let fordøjelig Kost; Reformliv tilrådes, eventuelt Underlivsbind, mådelig Motion, men ikke köre. Alkohol til Overmål, Portvin om Formiddagen f. Ex., forbydes.

Som *mildt Afföringsmiddel* for den i Regelen træge Mave passer bedst på dette Tidspunkt magnesia ponderosa enten i refrakt Dose för Måltiderne eller i Dosis af en toppet Teske om Aftenen. Man bör undgå de stærkere virkende Midler selv BRANRETHS og DITTENS Piller, som virke så fortrinlig i den anden Halvdel af Svangerskabet.

For enkelte, specielt de hydräniske, har dog ikke magnesia den förönskede Virkning, men derimod dets Modsætning i syrlige Drikke, simpel sur Rödvin og Saltsyre i LEUBES Doser, 8 Dråber 3 Gange daglig inden 2 Timer efter Maden. Påfaldende er, hvor ofte just disse Patienter selv bede om noget surt.

Ere disse Midler ikke tilstrækkelige, *ere Smerterne derimod ögede* og end mere, hvis *det er* kommet til Blödning, kan *Sängeleje* ikke undgås.

Heller ikke nu bør exploreres; men man bør fremdeles nøje sig med advendig Palpation.

Ved Exploration øges kun den forhøjede Irritation, deraf resultere uregelmæssige Uterinkontraktioner og således Abortens irregulære Forløb.

Vi må nemlig erindre, at en Masse Aborter forløbe uden Jordemoders og end flere uden Læges Tilhjælp, og — de forløber godt, altså uden noget apparatus magnus. Patienten går sua sponte eller efter Jordemoderens Råd til Sängs og bliver liggende, indtil Ägget er udstødt, eller Blødningen i det væsentlige ophørt. Mangelen ved denne Selvbehandling er den, at hun står for tidlig op; det er jo bare en liden Abort, mener hun, mens det i Virkeligheden er en patologisk Barselsäng.

At forlænge Sängelejet er vor vigtigste Opgave. Hun skal ligge mindst 8 Dage efter Blødningens Ophör. Og for end mere at skaffe Ro får hun

*Opium.* Gentagne små Opiums-doser nytte lidet; jeg foretrækker ubetinget en enkelt stor, 20—30 til 40 Dråber, der eventuelt efter 6 til 12 Timer kan repeteres.

Herved standse Uterinkontraktionerne for en Tid, og Svangerskabet går rolig videre eller — efter at Patienten er bleven udhvilet, kommer der ordentlige Veer, og — Ägget findes næste Morgen udstødt af uterus, uden at dette er forudgæet af stærkere Blødning.

Denne Udgang finder man isär, hvor Patienten för Svangerskabets Indtrædelser har haft Uterinlidelser.

Imidlertid händer det, at Blødningen, der endog i mange Dögn har väret mädelig, först rigtig tager Fart, efter at Patienten er kommen til Ro.

Det er, som det i sig selv stærke Irritament fra adnexa ikke får gøre sig fuldt gældende, mens Legemet for övrigt er i Arbejde, eller vel rettere, at Kläder og Arbejdsstillinger medförer en pervers Irritation.

Det er jo for Resten *det samme Resultat*, som vi se ved Timeglassammenträkninger ved bryske Forsög på at fjärne placenta; *det samme* — collum lukker sig — ved u hensigtsmässig Anvendelse af CRÉDÉs Håndgreb eller ved de tidligere anvendte intranterine Udskylinger, hvor endog rigelige Vandmängder kunne holdes tilbage; *det samme*, som vi se ved de nu brugelige Jodindspröjtninger, hvorved den hele Masse kan holdes igen, og endelig *det samme*, som ses, når den ängstelige og övede mener at finde Modermunden lukket, mens den rolige og övede kan, ved langsomt at trænge på, bringe Ägget uskadt ud.

Fordi det så ofte glemmes, må jeg her erindre om, at Aborten ikke er afsluttet, fordi Ägget med hel chorion er udstødt. I uterus sidder endnu tilbage Abortens decidua, og så længe denne ikke er kommen frem enten som hin bekendte Trekant eller i Småstykker, blöder Patienten. I disse Tilfælde holdes Patienten strängt rolig til Sängs, og man understötter med sur Kininmixturen en Spiseske hveranden Time eller Ergotin 0,20 t. p. d. En modsat Behandling kan fremkalde ganske häftige Blödnings.



*Men når skal da den aktive Behandling intræde?*

Vedvarer, trods den nævnte Behandling, endnu næste Dag stærke Smerter, muligens også rigelig Blødning, *må exploreres*; ligeledes må exploreres, når Sygehistorien oplyser, at i ethvert Fald enkeite Ägdele ere afgåede, mens Udflodet holder sig blodigt udover 6 til 7 Dage, og end mere, hvis Udflodet er stinkende.

Finder man så ved Explorationen enten meget ömfindtlige adnexa, så den omtalte stærke Blødning kan befrygtes, eller at uteri Störrelse ikke svarer til den angivne og autagne Svangerskabstid, henholdsvis Involutionsgrad, kanske man endog finder Tjavsner i orificium externum — en protraheret Abort — bestemmer Afstanden mellem Patient og Läge Tidspunktet for den aktive Behandling.

Hvis man ved Svangerskab, der ikke rækker ud over 12 til 16 Uger, föler blöde Ägdele i den åbne Modernund, kan man bestemt gå ud fra, at Aborten ikke lader sig undgå, og Lägen har da Ret til at skride ind.

Er der, med eller uden disse palpable Ägdele, stinkende Udflod, skal uterus tömmes.

*Hvordan skal uterus tömmes?* Skal Lösningen foretages med Finger eller Kurette, og skal man understötte Udtagelsen med Tang?

Forud for Explorationen er vulva säbevasket og, om Udflodet var stinkende, vagina udskyllet med diverse Liter Vand. Udtömmningen lattes ved en dobbelthaget Museux, sat på forreste Uterinläbe og — hvis Bugbedäkningerne ere meget stramme eller Patienten meget ömtålig — ved Narkose.

Den vel desinficerede, langsomt indförte Finger kan nu let få ovulum med den lösnede Del af decidua ud, i det den ndvendige Hånd trykker corpus godt ned over Fingeren, forudsat at uterus er liden og Fingeren kan nå op til Äggets överste Pol uden at rive det i Stykker.

I modsat Fald bruger jeg Kurette og Tang, og da disse Instrumenter volde mindre Smerter end Fingeren, kan ofte Narkose undgås; kun själden har jeg fundet HEGARS Dilatatorier nödvendige. Kuretten kan komme ind, selv om der er stängt for Fingeren.

För et celebret Dödsfald i Tyskland for et Par År siden hörte man ikke synderlig Tale om Farerne ved Kurette-Tang. Nu skulle atter og atter de få offentliggjorte uheldige Tilfælde frem, og man synes at glemme det uendelige Antal af vellykkede Operationer. Man tager näppe tilbörliq med i Beregningen, hvor mange Dödsfald eller dog livsvarige Invaliden en kun delvis fjärnet Abort har på sin Samvittighed, når man vejer pro & contra ved Finger eller Kurette-Tang.

Mine Herrer! Brug en stump Kurette med et stort, for Enden rundt Hoved, og for bedre at få Krafset med har jeg i de senere År brugt denne, den ENGELMANNske, hvis ene Äg er ruffet.

Og så bruge aldrig Kurette uden at kontrollere den ved en udvendig Hånd eller end bedre ved en Finger, som fra vagina tränger op foran og bag uteri forreste og bageste Väg.

Når Tang efter Kuretten har väret nödvendig, har jeg benyttet denne, hvis enkelte Brancher til Nöd kunne benyttes som Kurette, og

som sammenlagt har et så stort Hoved, at med den perforerer man ikke let selv en morsken patologisk-puerperal uterus.

Når uterus er virkelig tømt, kontraherer den sig, og Blødningen står. Efter en rigelig Udskylning med dobbelt Kateter i uterus for at fjerne muligens tilbageblevne løse Rester, kunne Kontraktionerne yderligere støttes med en subkutan Ergotininjektion eller et Glas Vin, Kognak og et halvt til et Gm Kinin.

Når Udflodet har været stinkende, kan man i sine første Tilfælde blive opskrämt af en stærk Frysning en Times Tid efter Udtømmelsen med påfølgende Stigning af Temperaturen. Allerede næste Målen er Temperaturen lavere, og efter 24, højst 36 Timer er Temperaturen normal, kan sågar hände subnormal.

Om *missed abortion* og om *abortus provocatus* er vist nok ikke min Erfaring stor; men jeg kan dog ikke tilbageholde et Par Bemærkninger.

Det hedder meget almindelig, at det retinerede, men afdöde ovulum kan lades i Ro, da det ingen Plager giver og det udstödes spontant, senest henad den beregnede Svangerskabsslutning.

Nylig fremvistes i vort medicinske Selskab et sådant Äg, og der angaves udtrykkelig, at Kvinden havde befundet sig bedre end ellers.

Et sådant Tilfælde har jeg ikke truffet.

Som Grund for den reaktionsløse Tilbageholden af et corpus alienum må dog ligge en lokal Slaphed, og denne er vist nok ofte kun et Symptom af en slet Almentilstand.

I Virkeligheden har jeg også set 3 Tilfælde, hvor Kræfterne öjensynlig stadig gik nedover, og hvor der af og til målttes en liden Temperaturforhöjelse.

I et 4:e Tilfælde, ligeledes hos en debil, fandtes en «Klump» frit svømmende i rigeste mukopurulent Vädske, der flommede ud af den lille Modermund.

Alle fire kom sig forholdsvis hurtig efter Forlösningen; der havde vist nok været en *circulus vitiosus*.

I de övrige Tilfælde er jeg ikke bleven belärt hverken pro eller contra Skadeligheden af Retention.

Når jeg først er kommen over Vanskelighederne ved Diagnosen, har sur Chininmixtur eller Ergotin under Sängeleje fremkaldt Veer, der dels har bragt fuld Afslutning, dels har måttet understöttes af en aktiv Behandling.

*Abortus provocatus* har jeg udfört 5 Gange og altid i en Seance: Kloroform, Hegars Dilatorie, Kurette og Tang.

Uterus har alle Gange været blöd, let dilatabel med Hegar og Svangerskabet ikke længere fremskredet end 6 å 8 Uger.

Alle forløb godt.

Jeg kunde endnu omtale, hvad man diagnostisk kalder *den habituelle Abort*; men Behandlingen af Aborten selv adskiller sig ikke fra den allerede nævnte, og den habituelle Del af Diagnosen kan først göre sig gældende, konstitutionelt eller lokalt, når Aborten er over.

Jeg vil meget nødig stöde Lägestandens superiores. Huslägerne, men — det månedslange Sängeleje synes mig grusomt og lidet hensigtssvarende.

De Herrer, der have gjort mig den Ære at følge mit Foredrag, ville nu kanske spørge:

*skal der da ikke bruges Tampon?!*

Nej; Principet for min Behandling er længst mulig at skaffe Ro, og, når dette ikke strækker til, aktivt at afslutte Behandlingen.

Tampon har jeg aldrig Brug for. Tamponen öger den allerede for stærke Irritation, og det kommer derfor til end voldsommere Veer og vist nok Udstødning af Ägget; men ved Undersögelse af det på denne Måde udstödde ovulum må man altfor ofte savne større eller mindre Dele, der ved rolige Veer vilde være stödt nd. Nu vedligeholdte disse Rester i lang Tid Småblödninger, der dog også kunne blive kanske häftige, og, hvad som er farligere, de blive let Mistbänk for Bakterier.

Faren ved Abort ligger ikke i Blödning, men i Infektion, og denne undgås bedst ved enten ikke at være klåfingret eller ved i én Seance at tomme uterus fuldständig.

Og dog!

Patienten ängstes ved den lange Blödning, Lägen bor langt borte, og han kanske hverken kan eller vil forlöse strax. Da er Tampon tilladt, som *Nödhjälp*; den giver kanske bägge to mere Ro end 25 Opinmsdråber.

Men huskes skal det, at den let giver Infektion, og en inficeret uterns kontraherer sig mangelfuldt, den kan blive som lammet og kan derfor ikke bringe de sidste Rester ud.

At disse blive mindst muligt, er derfor Målet.

Tör man altså ikke vänte, kan man ikke bruge Fingeren, og vil man ikke bruge Kuretten, nu, så läg Patienten i Sideleje! brug SIMS's speculum! og af Tamponer, som en Franskmand skal have sagt, en Floskat fuld!

Professor HEINRICIUS erinrade om, att i abortens behandling 3 riktningar gjort sig gällande: näml. ett aktift förfaraude, ett passift iakttagande och en medelväg mellan dessa. Redan de äldre franska akuschörerna MAURICEAU, DELAMOTTE, LEVRET o. a. rådde att vid abort uttaga delar af ägget, utan att afvakta deras spontana afgång, och hos flere yngre tyska akuschörer ss. SCHWARTZ, DÜHRSEN har det aktiva förfarandet i all sin konsekvens fått ett uttryck, då de tillråda att redan vid abortens början vid belt ägg bana sig väg till uterinhålan och uttaga ägget. Det motsatta förfarandet, en långt gängen passivitet, var under detta århundrade den vanliga behandlingsmetoden i Frankrike. Föredragaren ansåg det bästa vara att gå en medelväg, sålunda att vid ännu intakt ägg icke aktift ingripa, utan blott understöda lifmoderns verksamhet, för att ägget »en bloc» må utstötas, men att vid brustet ägg icke dröja att uttaga äggresterna och sålunda rensa

lifmodren. Föredragaren har både såsom klinikföreståndare och som praktisk akusehör haft för princip att vid hotande abort söka förebygga äggets afgang genom stillhet och opium i stora doser, vid pågående abort med helt ägg tamponera vagina för att dels framkalla bättre uterinkontraktioner, dels åstadkomma en uppluckring af cervix, dels förebygga blödning, vid brustet ägg och kvarstannande delar af det samma oförtöfvadt med aborttång och eventuelt kurette uttaga dessa.

I hufvudsak öfverensstämmande med dr RODE — ville föredragaren likväl icke förkasta användandet af tamponad, utan ansåg denna vara ett godt medel i ofvan antydt syfte; han har icke haft några fall af infektion vid med anti- eller aseptiskt material utförd tamponad, utan tvärtom därigenom kunnat få äggets spontana afgang att försiggå och förebyggt en annars inträffande blödning. Föredragaren tviflade på möjligheten att med opium erhålla en tillräckligt hemostatisk verkan.

Dr. RODE: Netop i det anförte Eksempel er Opium af stor Nytte, og den næste Morgen finder jeg Ägget i vagina og decidua bedre og fuldstændigere udstødt end ved Tamponade.

#### HAGB. STRÖM: Om den operative Behandling af Fibromyomer i Uterus med specielt Hensyn til den abdominelle Totalexstirpation.

De operative Metoder, som komme til Anvendelse ved Uterusfibromer, tilsigte enten *direkte* at fjärne Svalsten eller *indirekte* at bringe den til at svinde ved Fjárnelse af Adnexerne eller Underbinding af de tilförende Kar. De förste kunne atter deles i *konservative* Operationsmetoder, ved hvilke Svalsten fjärnes, men Uteruslegemet beholdes, og *radikale*, som tillige fjärne Uteruslegemet delvis eller helt.

Talaren havde udfört 28 Myomoperationer med gunstigt Resultat for samtlige Patienter.

I 3 Tilfælde var udfört Kastration, som i 2 Tilfælde medförte öjeblikkelig Ophör af Blödninger og Smerter og hurtig Aftagen af Svalsten. I det tredje Tilfælde vendte Blödningen tilbage og vedvarede et År. Kastration var i det hele usikker i sin Virkning, hvor Indikationen for det operative Indgreb var Blödning. S. foretrak derfor som Regel at udføre Totalexstirpation.

I tre Tilfælde havde S. kunnet vælge en konservativ Metode. Hos en Patient enukleeredes en barnehovedstor. submukös Svalst per vaginam; Menstruationen var normal i 5 År; men efter 7 Års Forløb måtte Totalexstirpation foretages på Grund af ny Svalstudvikling. Hos 2 Patienter drejede det sig om kolossale, intraligamentärt udviklede Kystofibromer, som udgik fra uterus med en 2—3 Cm. bred Stilk. Svalsterne udskralledes, og uterus bibeholdtes.

I det overvejende Antal Tilfælde er man henvist til sammen med Svalsten at fjärne uterus delvis eller helt. S. havde udfört 22 sådanne Operationer, nemlig 6 Hysterektomier med extraperitonäal Stilkbehandling og 16 abdominelle Totalexstirpationer. Striden havde i lang Tid drejet sig om den extra- eller intraperitonäale Behandling af Stilken.

Den förste udsatte uden Tvivl Pat. for mindre Fare end den sidste; men Efterbehandlingen var langvarig og besværlig, og Pat. måtte, for at undgå Bugbrok, altid bære Bind.

Den intraperitonæale Stilkbehandling medførte ikke deene Ulampe; men Faren for Blødning og Infektion fra Stilken var større. Derfor havde man i den sidste Tid foreslået Modifikationer, som betegnedes som retroperitonæal Stilkbehandling. Misnöje med de nævnte Metoder havde også skabt Totalexstirpationen ad vaginal eller abdominal Vej. Bortset fra, at Bugvæggen ikke svækkes ved Indsnit, frembyder den vaginale Vej ingen Fordele. Hämostasen er vanskelig, og man opererer i Blinde. Den abdominelle Vej gav den bedste Adgang til at beherske Hämostasen, hvad S. betegnede som det vigtigste Punkt i alle intraperitonæale Operationer; den sikrede mod Läsion af nærliggende Organer, specielt Uretererne, og den tillod Operatören på Forhånd at overbevise sig om Adnexernes Forhold og mulige Sammenvoxninger med Oment eller Tarm.

Enkelte nærede Frygt for Totalexstirpationen, fordi der tilvejebragtes Kommunikation med den vanskeligt desinficerbare vagina. At denne Frygt var ugrundet, viste det reaktionsløse Forløb i alle Talerens Tilfælde. Infektion fra en i Forvejen ndrenset og antiseptisk behandlet vagina er næppe tænkelig. Infektion af peritonæum finder overhovedet ikke Sted, uden hvor Hämostasen er nfuldstændig, eller hvor der skaffes en Kilde til Veje til *kontinuerlig* Infektion. Efter Udløsning af Uteruslegemet Inkkede S. strax vagina ved Sutur, og enhver Infektionskilde var dermed fjærnet.

Den abdominelle Totalexstirpation betegnedes af mange som vanskelig i teknisk Henseende; dette kunde Taleren ikke være enig i. Den krævede noget længere Tid end Hysterektomi med extraperitonæal Stilkbehandling; men herpå lagde S. ingen Vægt. Hvor det i enkelte Tilfælde var ønskeligt at påskynde Operationen, kunde man vælge mellem Kastration og Hysterektomi med extraperitonæal Stilkbehandling.

Efterbehandlingen var ved den abdominelle Totalexstirpation let og Forløbet reaktionsløsere end ved de andre Metoder.

Under Operationen sikrede S. Hämostasen ved foreløbig Anlæggelse af brede Arterieklemmer på ligg. lata og Parametrierne; efter Udløsningen af Uternssvulsten ved Gennemklipping af Skedehvælvingen, som strax sutureredes, foretoges Underbinding. På denne Måde kunde Operationen udføres næsten blodløst. Til Slut sutureredes Peritonæalrandene med Katgut, således at samtlige Ligaturer bleve liggende extraperitonæalt.

Prof. SALIN: Doktor STRÖM nämnde, att han eudast i tvänne fall utfört kastration, i ett fall med godt och i ett med otillfredställande resultat. Jag vet väl, att många anse kastration vara af föga nytta. Min egen erfarenhet går emellertid i en motsatt riktning, ty jag har haft godt resultat i alla fall. Huru många jag opererat, kan jag ej säkert erinra mig, men nog är det ett godt stycke in på 2:dra tiotalet. Visserligen har det i ett par fall dröjt öfver ett år, innan blödningarna

upphört, men sedermera hafva de varit definitivt borta och patienterna fullt friska.

Kastration är naturligtvis gjord endast vid smärre svulster och på grund af svåra blödnigar, och vid dem anser jag fortfarande, att kastrationen är det lämpligaste förfaringssättet. Huru vackra resultat vi än kunna uppvisa af exstirpation af tumörerna, måste vi dock erkänna, att kastrationen, såvida ovarierna ej äro altför svårt tillgängliga, är en mindre ingripande, mindre lifsfarlig operation än de öfriga. Genom att välja denna operationsmetod ger man således patienten en större chance, och dessutom har man ju ej beröfvat sig möjligheten att genom en ny laparotomi exstirpera svulsten, ifall så skulle blifva nödvändigt.

Beträffande den vaginala totalexstirpationen kan jag ej yttra mig, då jag aldrig utfört den för myom. Det är naturligtvis endast vid smärre svulster denna operation kan användas. Af min nyss anförda ståndpunkt i frågan om kastration framgår, att jag i sådana fall, om verklig indikation inträder, använder denna metod.

Återstår jämförelsen mellan de tre olika metoderna att per laparotomiam aflägsna svulsterna: den extraperitoneala, den intraperitoneala och den totala. Hvad den först nämnda angår, så har jag, som jag på förra kirurgkongressen nämnde, aldrig använt den, utan varit fullt tillfredsstäld med den intraperitoneala enligt SCHRÖDER. Genom de modifikationer af denna, som blifvit införda af ZWEIFEL, CHROBAK u. fl. har operationen ytterligare i hög grad förenklats och resultaten blifvit så goda, att nuvara torde det väl vara få om ens någon, som på allvar förfäktar användandet af den extraperitoneala metoden.

Det kvarstår således endast den intraperitoneala och den totala. Båda har jag använt. Båda synas mig lemna goda resultat. Med d:r STRÖM är jag fullt enig, att någon fara för infektion genom öppnandet af vagina ej förefinnes. Lika litet anser jag öppnandet af cervikalkanalen vara åtföljd af högre risk. Den fruktan, man förr hyst för infektion från dessa partier, har efter vår nuvarande erfarenhet berott på en felaktig uppfattning. Således i det afseendet synes mig den ena metoden ej vara den andra öfverlägsen. Däremot har jag fått det bestämda intrycket, att totalexstirpationen erbjuder betydligt mycket större tekniska svårigheter, och det är på den grund jag föredrager den supravaginala exstirpationen. Genom de nyss nämnda modifikationerna har den blifvit förvandlad från en svår till en ganska enkel operation. För min del är jag öfvertygad om, att det är likgiltigt, om man följer den af ZWEIFEL eller den af CHROBAK angifna metoden. Hufvudsaken är, att man är säker för efterblöding från stumpen. Ibland lyckas detta endast genom underbindning af arterie uterinæ, ibland måste delar af stumpen och ibland hela stumpen underbindas; alt fullkomligt likgiltigt för utgången, om man blott får säker hemostas och särytorna genom peritonæi förenande retroperitoneala. Jag har opererat på alla 3 sätten med lika godt resultat. Hvad konvalescensen beträffar, så har till och med i fall af intraligamentära, manshufvudstora cystor den varit lika lätt, som efter en enkel ovariotomi.

För min del anser jag därför, att den supravaginala amputationen med kvarlemnandet af en liten cervixstump, som försänkes och förläggas retroperitonealt, är den metod som i allmänhet bör föredragas.

I de fall åter, där genom myomets utveckling denna metod ej kan användas, där träder den abdominala totallexstirpationen i sin rätt, och där hafva vi genom den erhållit ett värdefullt bidrag till våra operationsmetoder, hvarigenom förut såsom inoperabla ansedda svulster blifvit tillgängliga för en framgångsrik behandling.

Dr. STRÖM: Jeg forkaster ikke Kastrationen, men min Prognose er sikrere ved Totallexstirpation end ved Kastration.

Prof. HEINRICIUS ansåg frågan om den ändamålsenligaste operationsmetoden vid den abdominala myomotomi fortfarande utgöra en af den operativa gynekologins mest brännande och svårlösta. Föredragaren har utfört myomotomi per laparotomiam enligt 4 metoder: den SCHRÖDERSka supravaginala, enukleationen, totallexstirpationen och med retroperitoneal försänkning af pedunkeln enligt CHROBAK. För att kunna bedömma en operationsmetods företräde framför andra fordras ett mycket stort material af operationer, helst utförda af samme operatör, beaktandet af de individuella förhållandena och af indikationerna för operationen. Om man liksom PÉAN och andra uppställer som regel att aflägsna alla myom, huru små de än må vara, eller om man angriper hufvudsakligen stora, svåra symptom framkallande eller anatomiskt abnormt sig utvecklande tumörer, gestaltar sig resultatet af operationen olika. Föredragaren hade icke utfört någon myomotomi per vaginam vid andra myom än de submukösa, pedunkulerade och hade liten erfarenhet, angående totallexstirpationen af uterus vid myom. Enukleationen hade han utfört oftast med framgång, ansåg operationen icke svår och indicerad i några fall. Den SCHRÖDERSka supravaginala myomotomi har för honom lemnat ogynsamma resultat: omkring 30 % dödlighet. Emellertid synes det föredragaren, som om för närvarande den retroperitoneala försänkningen af en kort rest af cervix, täckt af stora lambåer af peritoneum, vore den lämpligaste metoden. Genom kvarlemnandet af en liten del af cervix förebygges vaginalbrock, utan att faran af infektion ökas, då peritoneallambåerna exakt ihopsys öfver ligaturerna af adnexerna och öfver cervixstumpen. Föredragaren har utfört denna operationsmetod i närmare 20 fall sålunda, att han först underbinder hvardera adnexerna så lågt som möjligt, löser tvänne tämligen stora lambåer från främre och bakre sidan af tumören, underbinder artt. uterinæ på hvardera sidan, afbränner cervix så lågt som möjligt med termokauter, kauteriserar resten af cervikalkanalen med glödhetta, för en jodoformgasvel genom den sanma och syr ihop peritoneallambåerna bredt med seroserös sutur öfver cervixresten och adnexligaturerna, så att alla suturer komma att befinna sig extraperitonealt. Föredragaren har funnit denna metod lemna ett bättre resultat än den SCHRÖDERSka supravaginala amputationen; dock har han haft tvänne dödsfall, det ena, där utan synliga tecken af peritonit patienten, med efter narkosen fortfarande svag hjärtverksamhet, dog 20 timmar efter



operationen, samt operationsmetoden såsom sådan icke hade inflytande på utgången; det andra, där det bildade sig en liten abscess mellan cervixstumpen och det väl läkta peritoneum, hvilken framkallade en septisk peritonit, och där operationsmetoden kan anses hafva haft inverkan i afseende på infektionen. I detta fall hade totalexstirpation varit lämpligare, om det kunde bevisas, att infektionen utgått från cervixstumpen.

Dr. MALTJE finder den extraperitonäale Stilkbehandling at være den bedste, da den er lettest og hurtigst at udføre. Ere Ovarierne lette at komme til og Myomerne ere intramurale, holder jeg på Kastration. I nogle Tilfælde, hvor Sammen voksninger have umuliggjort enhver Operation ere i tre Tilfælde Symptomerne svundne på en uforklarlig Måde, omtrent som tuberkuløs Peritonit helbredes ved Laparotomi.

Prof. ENGSTRÖM yttrade: Vi få icke draga några altför bestämda slutsatser med afseende å den ventrala uterus-exstirpationens ringa farlighet, då det gäller behandlingen af myom i lifmodern, af en så liten operationsserie som den anförda. Sexton efter hvarandra lyckligt utförda fall bevisa i det stora hela icke mycket. Däremot torde enhver, som i likhet med mig för myoma uteri utfört både ventral exstirpation af lifmodern och supravaginal amputation af den samma, nödgas erkänna, att den senare är en vida lättare operation; liksom den synes vara vida mindre farlig. Ty åtminstone tils vidare har vid större serier mortaliteten vid ventral exstirpation af uterus varit större än vid supravaginal amputation. Detta med afseende å prognosen quoad vitam. Men ej håller längre fram hafva några olägenheter observerats utgå från den kvarlemnade cervix-stumpen. Jag medgifver dock gärna, att fall finnas, där en ventral uterus-exstirpation är nödvändig, ja, t. o. m. den enda utförbara operationen, men dessa fall äro undantag. Och öfver hufvud bör man akta sig för att proklamera en enda operationsmetod såsom den under alla förhållanden lämpligaste. Ty med förökad erfarenhet finner man snart, att få affektioner erfordra ett större individualiserande än uterus-myomet. Det enda, man under alla förhållanden måste sträfva till, är att aflägsna nybildningen isolerad utan att uppföra uterus, tuber och ovarier. Därför synes mig, såsom jag å internationela gynekologiska kongressen i Brüssel närmare motiverat, uterus-myomet tidigare böra komma under kirurgisk behandling än för närvarande vanligen sker. I tidigare stadier, förr än neoplasmet genom sin storlek och multiplicitet hunnit för mycket ongestalta förhållandena i bäckenet, kan det med relativt ringa fara enukleeras ur omgifvande väf. utan att patienten behöfver undergå en svår stympning.

Dr. STRÖM viser Präparater, hvor E nukleation havde været mulig.

Dr. BRANDT: Jeg kender ingen Lidelse, hvor der må individualiseres som ved myoma uteri. Ingen Metode er ene saliggørende. I en dygtig Operatørs Hånd kan enhver Metode være god. Men der er en Behandling, som er slet, det er at vente på, at Klimakteriet skal standse



Blödingen. Vi må erindre, at Klimakteriet hos disse Patienter kommer sent, og at Patienterne komme til en endelig Operation så anæmiske, at Udsigt til godt Resultat er ringe. Derfor, hvis der er Blødninger, håb da ikke på Klimakteriet, men operer tidlig.

M. W. AF SCHULTÉN: 1. Hårball i magsäcken hos en kvinna — gastro-tomi — hälsa.

Jag meddelar främst en relation af det af mig behandlade fall och skall därtill foga, hvad hittils är känt om detta ytterst sällsynta slag af främmande kropp i magsäcken.

Hentika R., torparehustru, 30 år gammal, från Rautalampi socken, intogs den 25 september 1894 på Helsingfors kirurgiska klinik. Pat. har tidigare varit frisk med undantag af en febersjukdom för 3 år sedan, som varade 1 vecka och var förenad med kräkningar och plågor under bröstet. Hon har varit gift i 11 års tid och har haft 4 barn, af hvilka 3 lefva; det yngsta är 1 år 2 månader gammalt. Barnsängarna ha varit lätta. Menstruation normal, om än något oregelbunden.

Sen 1 års tid har hon begynt lida af ganska starka smärtor i naveltrakten. Smärtorna framträdde först både dag och natt, men genom af läkare ordinerade droppar mildrades de samma, så att de i allmänhet blott uppstodo vid tyngre arbete. Under hela sjukdomen hafva inga störelser från digestionsorganen iakttagits — sålunda inga kräkningar, uppstötningar, ingen förstoppning eller diarré. Dock har hon något magrat och känner sig svagare i sina ben, som lindrigt värka vid gående. Störelser från genitalia eller blåsan har icke bällar förekommit.

För omkring 3 månader sen iaktogs en rund, hård svulst i buken, för tillfället belägen strax under naveln men något rörlig i bukens högra hälft. Då hon låg, försvann svulsten under högra refbensbågen. Då hon var i rörelse, framträdde den mera. Svulsten har icke märkbart förändrat storlek eller form, sedan den först upptäcktes.

*Status præsens.* Pat. är af kraftig kroppsbyggnad, något mager. Från lungor och hjärta intet abnormt. Puls 76 slag. Temperatur normal. Urinen af spec. vikt 1,027, klar, albumin- och sockerfri. Bukbetäckningarna slappa, ingen meteorism. En tydlig diastase af musculi recti, störst i naveltrakten. Lefver och mjältdämpning normala. Ingen ascites. I högra bukhalfvan företrädesvis i naveltrakten ses och palperas en tumör af en mindre knytnäfves storlek och afrundad form, med småknölig yta och mycket hård till sin konsistens. Tumören drar sig under högra refbensbågen, då pat. legat en stund, men sänker sig nedåt, då hon går eller sitter. Tumören kan tämligen lätt föras kring i högra bukhalfvans öfre del, men ej utan smärta öfver medellinien åt vänster. Svulsten har alltid tendens att återfalla djupt in i högra hypokondriet. Det förefaller, som vore den bakåt och inåt fixerad, men någon tydlig stylus kännes ej. Något sammanhang med genitalia kan ej påfinnas, uterus är normal och fritt rörlig. Då colon uppblåses med luft, täckes den nedre delen af tumören, som delvis ligger under högra refbensbågen.

Att afgöra utgångsstället och arten för den föreliggande tumören erbjöd mycken svårighet. Hvad utgångsstället angick, så syntes ett sammanhang med genitalia kunna bestämdt uteslutas. Att ventrikeln eller tarmkanalen skulle utgöra matrix för svulsten syntes icke af symptomen understödas, enär inga slags störelser från den samma angåfvos — med undantag af smärtorna, hvilkas lokalisation var osäker. Möjligen kunde man dock tänka på en svulst i ventrikelväggen, som öfintresserade pylorus. Svulstens vanliga läge djupt i högra hypokondriet tycktes dock tala häremot. Att svulsten hade ett sammanhang med gallblåsan kunde varit möjligt på grund af dess läge, men frånvaron af alla störelser från gallvägarna och tumörens mycket hårda, småknöliga beskaffenhet gjorde en sådan hypotes föga sannolik. Att tumören utgick från nätet, var als icke troligt på grund af dess djupa läge och den omständighet, att den uppblåsta colon delvis täckte tumören. En cysta i mesenteriet eller i pankreas syntes jämväl på grund af tumörens läge och beskaffenhet oantagligt. Återstod att tänka på en tumör, utgående från den i sådant fall rörliga högra njuren; tumörens läge, dess partiela fixation bakåt och inåt, så att den kunde tryckas emot den lumbala bukväggen, äfven förhållandet vid colons uppblåsning kunde tala härför; frånvaron af alla symptom från urinapparaten utvisade ju intet bestämdt. Tumörens mycket hårda konsistens och runda form stämde dock icke väl med en njurtumör. På en koprolit i tarmkanalen tänkte jag icke ens, då alla stenossymptom saknades. Lika litet föll det mig in att tänka på, att något så sällsynt som en hårboll i magsäcken kunde föreligga. Diagnosen blef sålunda obestämd; dock var jag helst benägen att tro på ett samband mellan svulsten och högra njuren. Anmärkningsvärdt är, att SCHÖNBORN äfven i sitt fall, som senare anföres, ansett diagnosen rörlig njure sannolikast. Att tumören måste aflägsnas var klart på grund af de svåra smärtor den försakade, samt då dess möjliga malignitet ingalunda kunde uteslutas. Då den samma låg i högra delen af buken och lätt kunde förskjutas mot bukväggen i högra lumbaltrakten, beslöt jag verkställa exstirpationen från ett lumbalsnitt, som egnade sig väl, om tumören utgick från njuren, men äfven tillät att komma åt den, ifall den hade annat ursprung.

Den 5 oktober verkställdes *operationen* i eternarkos, sedan pat. preparerats några dagar med laxantia, diet och salicylsyradt vismut invärtes. Pat. lägges på vänstra sidan med en dyna under veka lifvet. Ett snitt, 10 cm. långt, göres från 11:te högra reftbenets spets snedt framåt och nedåt till crista ilei, samt föres genom bukväggen, medan tumören hålles fixerad mot operationsstället af en assistent. Sedan muskulaturen blifvit genomskuren, presenterar sig tumörn i såret, täckt endast af ett tunnt väfnadslager. Då detta skall genomgås, leders först peritoneum på ett litet ställe, men slutes genast. Något mera bakåt skäres in till svulsten, utan att bukhiinnan öppnas. Man kommer in i en med slemhinna beklädd håla, hvars vägg på det inskurna stället var mycket tunn och något missfärgad. Själftva tumören befans vara en knytnäfvester, svartaktig, hård massa af elak lukt och antogs vara en koprolit; den samma låg tätt emot det förtunnade, utspända partiet af det slemhinnebeklädda organet, hvars vägg det tydligen stod

i beråd att efter hand perforera. Snittet vidgades så mycket, att tumören utficks. Jag var först något osäker, om det öppnade organet, där knölen legat, var cœcum eller ventrikeln. Vid undersökning med fingret intränger detta i en 5—6 cm. från operationsstället belägen rund, kontraktil öppning, som kan framdras och befinnes vara pylorus. Att således magsäcken förelåg, bekräftades senare under suturanläggningen däraf, att, då pat. fick ett kränkingsanfall, organet med stor kraft kontraherade sig och drog sig inåt från bukväggsåret. Den missfärgade, förtunnade delen af ventrikelväggen aflägsnades. Härvid öppnades icke peritonealhålan, då utbredda adherenser tydligen förefunnos. Därpå tillslöts såret i ventrikeln genom tre rader fina silkessuturer. I öfrigt tamponerades sårhålan med jodoformgas, sedan såret i bukväggen hopdragits med ett par suturer i hvardera änden.

Pat. erhöll de två första dagarna ingenting per os utan blott närande lavement. Från 3:dje dagen erhöll hon injolk och buljong matskedsvis. Från 10:de dagen fick hon uteslutande föda genom munnen. Läkningen af såret fortgick ostörd. Endast de två första dagarna förekom temperaturstegring till 38°, 2. 2 nov. steg pat. upp, och 10 nov. var allt läkt. Hon hemreser smärtfri och frisk den 12 nov.

Den uttagna bollen var af nära sferisk form med diametern af 7, 6 och 6 cm. Dess vikt är 120 gm. Dess färg på ytan är svartgrön. Efter genomskärning företer snittytan en ljusare rödaktig färg, och man finner, att svulsten består af ett fast hopfiltadt korthårigt material. Den mikroskopiska undersökningen ger vid handen, att små hårfragment med tydlig mærg äro hopkittade till en kompakt massa. Dessa hårfragment befinnas i utseende öfverensstämma med kohår. Pat. upplyser på tillfrågan, att hon sysselsatt sig med att af kohår spinna ett slags snöre eller band och däraf sedan framställa skodon. Antagligen hade hon härvid ofta fuktat sina fingrar mot läpparna, hvarvid fragment af håren stannat i munnen och blifvit nedsväljda. Egen-douligt är i alla fall, huruledes de små hårfragmenten, som under längre tid nedsväljts i små portioner, dock samlats i ventrikeln och filtats hop till en sådan anseelig boll.

Såsom operationen utvisade, hade hårbollen bildat åt sig en diver-tikelartad utbuktning af bakre, undre ventrikelväggen ganska nära pylorus, föranledt atrofi och missfärgning af slemhinnan samt utbredda adherenser mellan divertiklet och peritoneum i högra lumbaltrakten. Utan tvifvel förestod inom kort en perforation på detta ställe, hvars följder naturligtvis voro oberäkneliga. Smärtorna förklarades af den adhesiva peritoniten, som länge pågått.

Ansamlingar af hår i magsäcken hos människor tyckas, att döma af litteraturens sparsamma uppgifter, vara ganska sällsynta; däremot förekomma de oftare i djurverlden. Sådana anträffas hos hundar särdeles vid vattuskräk, hos kor och oxar, som hafva s. k. Leeksueht, hos får, svin m. fl. I allmänhet står väl hårsamlingarnas frekvens hos dessa djurslag i samband med deras vana att slicka den hårbeklädda kroppshuden, hvarvid aflösta hår lätt inkomma i digestionskanalen.

Till och med hos en dödfödd kalf har SCHELL (Berliner. klin. Woch. 1872, n:r 1) funnit hårsamlingar, hvilka bildade delar af en större kula, och där djurets egna täckhår voro hopfildade.

De hos människan iakttagna och ofientliggjorda fallen äro, såvidt jag kunnat finna, följande:

4 fall, som undergått operation (mitt inberäknadt).

9 fall, som icke opererats, men adidit af sin äkomma, hvilken vid sektioner konstaterats.

De opererade fallen äro:

1. SCHÖNBORNS fall, (Arch. f. klin. Chirurg., bd. 29, s. 609), opererad 1883. En 15 års flicka har sedan ett par år lidit af dyspepsi samt kräkningar och smärtor, sen 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> år har en svulst i bukens öfre del iakttagits. Den samma antogs på grund af form, konsistens, rörlighet och dämpningsförhållanden sannolikast vara en rörlig njure. Vid laparotomi i medellinien befans den ligga i ventrikeln och utskars därifrån. Den hade den kontraherade ventrikelns form, en största längd af 13<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm., vägde 281 gm och bestod af hopfildade, 1—2 cm. långa människohår. Pat. tillstod, att hon 4 år förut under 1 års tid brukat, i likhet med flere af sina kamrater tugga hår för att få en vacker röst. Såret i ventrikeln fastsyddes, och ostörd läkning inträffade.

2. KNOWSLEY THORNTONS fall (Lancet 1886, VI), opererad 1884. En 18-årig flicka har en tumör i buken, som T. ansåg sannolikast vara en fekalsamling i colon. Genom laxantia och enemata utbefordrades ett litet hårkonkrement. Pat. medgaf nu, att hon för några år sedan brukat äta af kammadt hår och trådändar för att rensa tungan. Vid verkställd laparotomi befans svulsten ligga i ventrikeln, därifrån den utskars. Svulsten hade ventrikelns form och vägde 2  $\bar{u}$ . Ventrikelsåret slöts, men läkningen stördes af en i buken kvarglömd svamp, som uttogs följande dag. En dubbelsidig parotit tillstötte men återgick med ringa suppurat. Pat. utskrefs frisk.

3. JOHN BERGS fall, opererad 1887. (Nord. med. arkiv, bd. XIX, n:r 25). En 26-årig bondhustru har sedan 2—3 år lidit af hufvudvärk, kraftlöshet, dyspeptiska symptom och kräkningar af slem; magrat starkt. För 2 år sen märktes en äpplestor knöl i öfre delen af buken; den har alltjämt tillväxt och föranledt ömhet och värk. Vid intagningen på sjukhuset konstateras en tumör i bukens mellersta parti, belägen mellan högra parasternal och vänstra mamillarliniens förlängningar. Den har en kortare öfre, konkav rand och en längre, nedre, konvex rand, som når något nedom den linie, som sammanbinder spinae ilei ant. sup. Det vänstra, bredare hörnet döljer sig under toraxranden. Konsistensen fast och elastisk. Tumören låter ej förskjuta sig till njurarnas plats. Såsom sannolikaste diagnos antogs ett sarkom i omentet. Vid verkställd laparotomi befans svulsten ligga i ventrikeln. Den uttogs styckevis. Ventrikeln innehöll dessutom en svartbrun, tjock, slemmig, stinkande vätska. Ventrikelsåret slöts, och god läkning följde. Tumören var svartbrun på ytan och bestod dels af helt korta hårändar, dels af långa, tydliga qvinnohår af blond färg, liknande patientens hufvudhår: den vägde omkring 900 gm. Pat. medgaf icke själf, att hon

brukat ata hår eller afbita ändarna, men enligt moderns uppgift skulle hon vid 3 års ålder brukat tugga och svälja hårstrån.

#### 4. Mitt ofvan relaterade fall.

Af fall, som icke opererats utan först vid sektionen konstaterats, meddelar SCHÖNBORN i sin citerade uppsats 7. THORNTON 1 samt BOLLINGER 1. (Müncb. medic. Woch. 1891, s. 22).

Det äldsta bland de af SCHÖNBORN saulade fallen publicerades redan 1779 af BAUDAMANT; det gälde en 16 års gosse, som plägade utrycka hår från sig själf, sina bröder och andra människor samt nedsvälja dem. De öfriga 6 fallen alla från engelska literaturen äro publicerade af ALFRED POLLOCK 1851—52, GEORGE MAY 1855, RITCHIE, PALEMON BEST 1869, JOHN RUSSEL 1869, J. INMAN 1869. Samtliga gälla kvinnliga patienter, som haft för vana att nedsvälja hår, utryckta från dem själfva eller andra; en brukade regelbundet nedsvälja sitt vid kamningen aflossnade hår; en annan utryckte några af sina hårstrån, då hon vid samtal blef upprörd, vecklade dem om fingret och nedsväljde slingan. Svulsterna hade alla antagit magens form; i några fall sträckt sig en fortsättning genom pylorus i duodenum, i ett fall genom cardia i œsophagus. I intet fall har den rätta diagnosen blifvit stäld före döden. Svulsterna hafva tagits för magkarcinom eller disloccerad mjälte, eller ock har deras art ansetts omöjlig att utgrunda.

Samtliga patienter hafva dött dels af perforationsperitonit, dels af höggradiga, ostillbara kräkningar. Blott i ett fall iaktogs blodkräkning. Magslemhinnan syntes i allmänhet föga förändrad, utom i ett fall, där tre, små, blomkålslika utväxter förekommo. Patienterna hafva ofta mycket lång tid fortsatt med nedsväljningen af hår — sålunda en 26-årig kvinna sedan 4 års ålder, en 30-årig sedan 15 år, en 31-årig sedan 16 år. Hårsvulsterna äro också mest ganska stora, och i några fall förekom en andra svulst i tarmkanalen. I BAUDAMANTS fall hade svulsten i magen 17 cm. längd, och i duodenum och jejunum låg en annan dylik svulst af 12 cm. längd. Likaså fans i POLLOCKS fall en svulst i magen af 6 tums längd och  $3\frac{3}{4}$  tums bredd och en annan mindre dylik i duodenum. I MAYS fall vägde svulsten i magen 26 uns. I RITCHIES fall vägde den samma 21 uns; pat. dog vid 21 års ålder. I RUSSELS fall var dess vikt ej mindre än 4 @ 7 uns; pat. dog vid 31 år efter abort; magen var dragen ned i lilla bäckenet. I BESTS fall, där pat. dog vid 30 år, var dess vikt 30 uns.

Håren, hvaraf dessa svulster voro sammansatta, hade en varierande längd, stundom rätt korta, stundom 12—20 cm. långa; i några fall voro de blandade med bomull, siden och linnetråd.

Det af THORNTON relaterade fallet hade publicerats af WILLIAM GRELL i Transact. of the clin. society. Fallet är iakttaget af CARVER. Det gälde en 32-årig, gift kvinna, som hade haft 3 barn och 2 aborter. Hon dog 2 dagar efter att hafva födt ett 7 månaders foster i följd af ostillbara kräkningar, som börjat någon tid före förlossningen. En massa af hår och tråd vägande  $5\frac{3}{4}$  uns fans i magen.

BOLLINGERS fall gäller en 17-årig flicka, som sedan 11—12 år har för vana att svälja sina egna hår. Sen 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> år förefunnos symptom af magkatarr; den senaste tiden kunde hon blott förtära små

mængder føda. Sen 1 år hade en stor hård svulst i buken iakttagits. Sektionen visade en 900 gm vägande hård hårmassa, som fullständigt fylde magen och duodenum. Den bestod af 8—23<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. långa, hopfildade hår.

Mitt fall skilde sig sålunda från öfriga fall därutinnan, att hårsvulsten bestod ej af människohår men af kohår, samt att den hade en nära sferisk form, medan i öfriga fall svulsten antagit mer eller mindre magens form.

Diagnosen har i intet fall blifvit riktigt stäld af den naturliga grund, att ingen kommit att tänka på en så sällsynt företeelse, som en hårsvulst i magen, om hvars förekomst öfver hufvud de flesta väl ej ens haft kännedom, då de iakttagit sina fall. THORNTON kom närmast, då han antog ett hårkonglomerat i colon. Det gäller således att vid diagnoser af svulster i buken — särdeles hos yngre kvinnor — tänka äfven på möjligheten af en hårsvulst.

#### Prof. F. HOWITZ: Sugning på Brystvorterne som Behandling af Fibromyomer i Uterus.

Den kirurgiske Behandling af Fibromyomerne i uterus har trots alle Fremskridt i Tekniken og Indikationerne noget ved sig, der i høj Grad støder vor Opfattelse af, hvad Patienten egentlig har Ret til at forlange af Lægen. Hun har Ret til at forlange, at vi skulle gøre vort mest mulige for at hjælpe hende af med hendes Onde, men uden at vi ved vort Indgreb udsætte hende for større Fare, uden at vi mutilere hende, og uden at vi fremkalde ny Ulæmper for hende. Disse berettigede Fordringer ere vi efter min Mening langt fra at opfylde ved vor almindeligst fulgte kirurgiske Fremgangsmåde.

Men også fra en anden Side er Kirurgien her lidet tiltalende. Vi fjærne det sygelige, men med dette tillige det sunde, vi fjærne enten det hele Organ eller det meste af det. Vi have her ikke afluret Naturen dens Veje til på en læmpelig Måde og uden Molest at fjærne det abnorme og bevare det normale. Det er Ønsket om og Bestræbelsen for at gøre dette, der har ledet mig til at forsøge en ny Behandlingsmåde af Fibromyomerne i uterus, og som har givet mig Mod og Lyst til at meddele Dem denne Metode og til at opfordre Dem til at prøve den.

Det ejendommelige Forhold, den mærkværdige Konnex, der findes mellem mammae og uterus, og som vi alle kende så godt og så ofte have undret os over, danner den Hovedfaktor, hvorpå mit Ræsonnement støtter sig. — Tillad mig i Korthed at nævne for Dem nogle af de Fænomener, vi observere som Følge af denne Konnex. — Det er ikke alene ved indtrædende Graviditet, at vi se mammae svulme og afsondre Mælk. Vi se noget lignende, om end i langt mindre Grad, ved Udviklingen af Fibromyomer i uterus, og det ikke alene hos Kvinder, som tidligere have født, men også hos virgines og nulliparæ. — Hos mange Kvinder svulme og smerte mammae ved hver Menstruation, og da navnlig, når uterus ikke er helt normal. Når uterus exstirperes, eller når den senile Atrofi af dette Organ er indtrådt, optræder som

Regel også Svund af Kirtelvævet i mammæ, selv om der kan ansaa sig Fedtmasser i dem. Hos Kvinder med Standsningsdannelser af uterus, den infantile, atrofiske uterus, finde vi som Regel samtidigt en mangelfuld Udvikling af Kirtelvævet i mammæ. — Mere end én Gang har jeg set intrauterine Indsprøjtninger blive fulgte Dagen efter af Tilstedeværelsen af Mælk i mammæ, endogså hos virgines.

Alt dette vidner om en stor Konnex mellem disse Organer på en sådan Måde, at Tilstanden af uterus har sin store Indflydelse på Tilstanden af mammæ og disses Sekretion. Men også på det modsatte, altså en Konnex, der bevirker, at Tilstanden af mammæ har Indflydelse på uterus, have vi talrige Exempler, også her have vi talende og ledende facta. — Vi se, hvorledes en normal Diegivning fremkalder en ganske anderledes hurtig og normal Involution af den puerperale uterus end en kortvarig og mangelfuld Diegivning. Vi se, hvorledes en for lang Tid fortsat Given Die kan fremkalde en endog blivende Atrofi af uterus med alle dens Følger. Vi vide, at oftest finder der ingen Konception Sted under Diegivningen, og at dette factum kendes så vel af Lægefolk, at Diegivningen ofte forlænges af den Årsag. Rimeligvis virke her 2 Faktorer, hvoraf den ene er den, at der ved Diegivningen udløses mere eller mindre stærke Uterinkontraktioner, som udstøde det spæde Æg. Den anden Faktor er den, at den hele atrofiske Tilstand af uterus og dens Slimhinde hos den diegivende gør Organet mindre skikket til at være Jordbund og Udviklingssted for et befrugtet Æg. — Vi se, som allerede antydet, at Suggingen af Barnet på Vorterue kan fremkalde endog hæftige og smertelige Kontraktioner af uterus, og vi vide, at dette factum allerede for lang Tid siden har været benyttet for at fremkalde partus præmaturus. Ofte berettes det også, at en Irritation af mammæ, navnlig af Vorterne, fremkalder sexueller Fornemmelser i genitalia.

Samle vi nu alle disse facta som Momenter, der minde os om den inderlige Konnex mellem disse Organer, så vilde det være naturligt, at den Tanke kunde opstå hos os, om det ikke skulde være muligt og rimeligt at benytte dette Forhold i kurativ Henseende. Men det går her som så ofte, at der må en såregen Lejlighed til, en særlig Impuls for vor Tanke for at modne vor Overvejelse og for at lade os begynde vore Forsøg. Således er det gået mig ved denne Lejlighed, og jeg skal berette Dem, hvorledes.

Omtrent samtidigt havde jeg 2 Patienter under Behandling, der bægge havde store intramurale Fibromyomer i uterus, bægge bleve gravide, bægge vare halvgamle primiparæ, bægge gik deres Tid ud, bægge bleve forløste ved Tang med levende Barn, og bægge overstode Puerperiet godt. Men den ene, en meget intelligent og dygtig Person, gav sit Barn rigelig Die, og omtrent 4 Måneder efter Fødselen konstaterede jeg, at Fibromiet fuldstændigt var svundet bort, Konen frisk og blomstrende, Barnet sundt og kraftigt. Den anden Patient var mindre intelligent og i det hele noget lavere stillet, hun havde strax kun lidt Mælk og gjorde intet for at befordre Sekretionen. Barnet fik kunstig Ernæring og trivedes ret godt; men Moderens Fibrom holdt sig uforandret. De nærmere Details ere i Korthed følgende:



1. W., 35 År gl., indkom den 6/4 93. Allerede for 4—5 År siden er der konstateret et Fibrom i uterus, der senere jævnt er voxet. Menses meget stærke, varende 10 Dage. Ved Undersøgelsen findes orificium uteri langt bagtil, et godt barnehovedstort Fibrom i forreste Væg af uterus. Patienten blev behandlet med Elektricitet efter Apostoli i 3 Måneder, Blødingerne aftog noget, Svulsten mulig også lidt. Den 14/9 93 blev Patienten gift, hun var menstrueret den 4/9, den 26/10 og den 15de November svagt, den 6te December stærkt.

Den 7de Januar 1894 følte en Svulst til Højde med umbilicus; der diagnosticeredes begyndende Graviditet. Mælk i mammae.

Den 26/6 begyndte Vandet at afgå, og den 28/6 Forløsning med Tang af et levende Barn på 8 Pd.

Udskreven helbredet 28/7 94.

Den 4de November så jeg Patienten; hun var fuldstændig rask, havde haft rigelig Mælk, mammae store og struttende af Dø. Barnet stort og flinkt.

Uterus er let retroflekeret, Kaviteten nape 7 Cm., der føles et næppe valnødstort Fibrom på Bagfladen af uterus. Fibromets Overflade knudret.

Altså det tidligere konstaterede, barnehovedstore Fibrom i forreste Væg var fuldstændigt svundet, og der var kun tilbage et lille Fibrom bagtil.

2. St., 39 År gl., nullipara, indkom den 14/4 94. Der følte da en Svulst, som i nogen Tid antoges for et Ekstrauterinsvangskab, men som efterhånden erkendtes for at dannes af en Mængde knolde, kartoffelstore Fibromer plus et normalt Svangerskab. Hun kom jævnlig til Observation, og den 13/10 94 indkom hun atter, da Fødselen nu var begyndt. Den 14/10 forløstes hun ved Tang med et levende Barn på 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Pd. Den 29/10 følte tumor 4 Fingersbredder over Symfyen, noget bevægelig, knudret, ujævn. Der var kun lidt Mælk i mammae, og Barnet fik kunstig Ernæring. Puerperiet normalt. To Måneder efter Fødselen var Svulsten af samme Størrelse og Konsistens som sidst.

Mer end én Gang tidligere har jeg haft Patienter med Fibromer i uterus, komplicerede med Svangerskab, hvor jeg har set Fibromet svinde betydeligt efter Puerperiets Forløb; men jeg må tilstå, at jeg aldrig har givet Agt på, om Patienterne have givet Dø i disse Tilfælde. Man har antaget, at hele den stærke Udvikling af Karrene i uterus, som et Svangerskab medfører, kunde enten få Fibromer og andre Nydannelser i dette Organ til at voxe stærkere eller til ved en forøget Absorption at svinde ind. Dette er en Supposition, hvorom der kan diskuteres meget, og det er langt fra mig at ville benægte Rigtigheden af facta lige så lidt som af Forklaringerne. Men Svangerskab er ikke et Middel, man således kan disponere over, og selv om man kunde det, vilde det også kunne have sine Ulæmper, ikke at tale om, at der hyppigt fremkaldes Abort under disse Forhold. Derimod kan man hos enhver Kvinde med Fibromer i uterus forsøge Sugning af Vorterne uden at kompromittere noget. Det er dette, jeg har gjort i en lille



Række Tilfælde; de ere ikke udvalgte, men tagne, som de mödte mig i min Praxis. Det var nemlig min Tro, at man först senere, når en vis Erfaring var indvunden, af Resultaterne kunde danne sig en Mening om, hvor vidt Metoden overhovedet havde noget Værd, og da, om hvilke Tilfælde der fortrinnsvis egnede sig for denne Behandling.

1. S., gift, 43 År gl., aldrig gravid. I flere År menses stærke, 10 Dage.

Den <sup>25</sup>/<sub>11</sub> 94 fandtes en Svulst i Underlivet, nående fra Symfyssen til 2 Fingerbredder under umbilicus. Svulsten var et barnehovedstort Fibrom i venstre Side af uterus. Sonden gik 11 Cm. op i Kaviteten.

Sugning af Vorterne

Morgen og Aften 8 Minutter.

<sup>13</sup>/<sub>1</sub> 95. Ingen Mælk i mammæ, menses vare 8 Dage, Svulsten uforandret.

<sup>8</sup>/<sub>3</sub> 95. Menses 8 Dage, ikke stærke. Tumor når til 3 Fingerbredder under Navlen. I bægge mammæ findes lidt Vædske, der under Mikroskopet viser sig at indeholde Fedtkugler. Ved Explorationen viser Svulsten sig at have en Størrelse som 2 knyttede Hænder.

<sup>5</sup>/<sub>5</sub> 95. Menses vare nu kun 6 Dage. Tumor når til godt 3 Fingerbredder under Navlen.

2. E. P., ugift, 40 År gl., indkom den <sup>8</sup>/<sub>10</sub> 94. Cancer i Familien. Menses sparsomme, 1 Dag. Hun har i 10 Måneder mærket en Svulst i Underlivet; da den er voxet rask, søger hun Hospitalet. — Patienten er mager og medtagen. Der føles en Svulst stigende op fra det lille Bækken, når 2 Cm. over Umbilikaltransversalen, lidt mobil, hård og ujævn.

Omfang om Navlen . . . . . 78 Cm.

Største Omfang . . . . . 92 »

Fra Navle til Symfyse . . . . . 20 »

» » » proc. ensif. . . . . 16 »

Orif. ext. nås vanskeligt højt oppe i venstre lacunar.

Sekaleinjektioner 10 Cgm.

Sonden kan ikke føres ind i uterus.

<sup>12</sup>/<sub>11</sub> 94. Svulsten uforandret.

Sugning på Vorterne.

<sup>14</sup>/<sub>3</sub> 95. Menses normale.

Omfang om Navlen . . . . . 77 Cm.

Største Omfang . . . . . 90 »

Fra Navle til Symfyse . . . . . 21 »

» » » proc. ensif. . . . . 16½ »

Der er ret rigelig Mælk i mammæ.

<sup>8</sup>/<sub>5</sub> 95. Mange Smertes i Underlivet; de komme i Ture, men følge ikke med Sugningen på Vorterne. Menses 2 Dage, rigelige. Tumor 4 Fingersbredder over Navlen. Mælk i mammæ.

Største Omfang . . . . . 84 Cm.

Fra Navle til Symfyse . . . . . 22 »

» » » proc. ensif. . . . . 20 »

3. T., 43 År, ugift. Blev fra <sup>21</sup>/<sub>4</sub> 91 behandlet med Apostoli i flere Måneder for fibromata uteri, af Størrelse som 2 knyttede Hænder. Sonden 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Cm. Menses styrke.

Kuren medførte Formindskelse af Blødningerne og større subjektivt Velbefindende, men ingen Forandring af tumor.

<sup>11</sup>/<sub>2</sub> 95 nåede tumor 2 Fingersbredder over Navlen. Omfang om Navlen 71 Cm., fra Navle til Symfyse 18 Cm. Menses atter styrke, vare 1 Uge.

Sugning af Vorterne.

<sup>16</sup>/<sub>3</sub> 95. Menses som tidligere. Målene nogenlunde uforandrede. Mælk i mammæ.

4. S., 43 År, gift, <sup>5</sup>/<sub>12</sub> 94, har født 5 Gauge. Fibrom af Størrelse som et Barnehoved. Menses rigelige.

Afstand mellem Navlen og Symfyse 18<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Cm.

Sugning af Vorterne.

<sup>3</sup>/<sub>2</sub> 95. Tumor når til 2 Fingerbredder under Navlen. Mammæ store; der kan udtrykkes Mælk. Blødningerne uforandrede.

<sup>18</sup>/<sub>3</sub> 95. Blødningerne uforandrede. Tumor som før. Fra Navle til Symfyse 20 Cm., største Omfang 75, om Navlen 70.

<sup>6</sup>/<sub>5</sub> 95. Største Omfang 73, om Navlen 64 Cm. Tumor når til 3 Fingerbredder under Navlen. Menses som før.

5. K., gift, 36 År, blev i Foråret 92 behandlet efter Apostoli i flere Måneder for fibromata uteri. En partus for 3 År siden. Menses styrke, 1 Uge. Tumor som et Barnehoved, fast. Blødningerne aftog noget; men Svulsten holdt sig nogenlunde uforandret.

<sup>30</sup>/<sub>11</sub> 94. Svulsten når godt 4 Fingersbredder over Navlen. — Menses 4 Dage.

Sugning af Vorterne.

<sup>7</sup>/<sub>3</sub> 95. Svulsten uforandret. Menses vare 3—4 Dage.

6. A. H., 39 År gl., gift, 1 Barn; er bleven behandlet først efter Apostoli, senere med Underbinding af aa. uterinæ, alt uden synderlig Nytte. Der var et godt barnehovedstort Fibrom, profuse Blødninger.

<sup>25</sup>/<sub>2</sub> 95. Tumor når 2 Fingersbredder under Navlen. Største Omfang 94 Cm.

Sugning af Vorterne.

<sup>12</sup>/<sub>5</sub> 95. Ingen Mælk i mammæ. Blødninger 5—6 Dage. Tumor går til Navlen.

7. T., 38 År, ugift, virg. Den <sup>28</sup>/<sub>4</sub> 94. Tumor bemærket nogle Måneder, når 3 Fingersbredder over Symfyse. Ved Expl. føles orif. højt stillet, Svulsten bagtil for uterus, nøje forbunden med uterus, dog er der som en Fure mellem dem. Sonden går bagtil 12 Cm. ind. Blødningerne styrke.

Sugning af Vorterne.

Det er kun få Tilfælde, og de ere ikke observerede længe eller nøjagtigt (poliklinisk) nok. Man måtte være en Del Entusiast for at

ville bygge noget på dette Materiale; men man kan dog lære noget ved nærmere at undersøge det.

Det er alle ret ubeldige Tilfælde at begynde en ny Metode på; Svalsterne have i Reglen haft en vis Størrelse, hos en enkelt (Nr. 2) særlig en ret betydelig, så at der stilledes store Fordringer til Metoden. De 3 ere gamle virgines; alle ere de halvgamle, den yngste 36 År; hos en er der en stærk Formodning om Malignitet af Svalsten. Flere have uden Nytte været Genstand for anden Behandling, som Electricitet, Underbinding af aa. uterinæ, ere altså refraktære Tilfælde. Ingen er behandlet længe eller stærkt nok; ti Kuren må vist nok regnes at tage hen mod 1 År og må gennemføres langt strængere. — Dog se vi visse Resultater af Behandlingen. Hos 4 af 7 kommer der Mælk i mammæ, hos 1 endog rigeligt, hos 2 findes noteret ingen Mælk, hos 1 er Observationen absolut for kortvarig. Mælken viser sig ikke strax, men først efter nogen Tids Sugning, vel 1—2 Måneder. — På Blødningerne har Sugningen kun i enkelte Tilfælde vist en formindskende Indflydelse. Hos 3 Patienter aftager tumor i Størrelse, hos 3 holder den sig nogenlunde uforandret, hvilket også må betragtes som et relativt godt Resultat. Der er kort sagt enten en Bedring eller en Standsning af Processen, hos ingen nogen Forværelse. Og man må atter og atter huske på, at Kuren har været for kort Tid, og, hvad der sikkert har den største Betydning, Sugningen på Vorterne har været meget ringe og kortvarig, når man sammeligner den med Barnets Sugning ved rigtig Diegivning. Det hele har været 5—10 Minutter Morgen og Aften, og det er også min Mening at forhøje den betydeligt.

Idet jeg slutter denne, jeg vil ikke kalde det en videnskabelig Meddelelse, men blot en Fremstilling af en Tanke, må det være mig tilladt endnu at gøre et Par Bemærkninger. — Det kan jo vel være så, at der her slet ikke foreligger nogen Mulighed for ad denne Vej at helbrede eller standse Fibromer i uterus. Det værste er så, at Patienten spilder nogen Tid; men nogen Skade kan hun ikke lide. Men det var vel også muligt, at vi her havde fundet en Hjælp i en vis Række Tilfælde, og da navnlig hos yngre med mindre Fibromer. — Vi kunne tænke os Metoden virkende på en af to Måder eller muligt på bægge på en Gang. Sugningen af Vorterne fremkalder ad Reflexus Vej Kontraktioner af uterns, og disse virke da omtrent på samme Måde som ved Brugen af secale cornutum. Ofte har jeg under langvarig Brng af secale set intramurale Fibromer forandre deres Plads, så at de enten ere blevne mere polypöse eller mere subperitonæale. Ofte ser man ved secale ligesom ved Apostoli Uterinsvalsten forandre Form og Beskaffenhed, idet den fra at være mere ensartet, jævn, bliver mere ujævn, knollet. Noget lignende finder Sted ved Sugningsmetoden; men desuden er det vel muligt, at Fremkaldelsen af en Sekretion af Mælk gennem Stofvekslingen kan have sin Betydning. Det Indtryk har jeg haft, at en Istandbringelse af Mælkeafsondringen er et godt Tegn.

Hele det utilfredsstillende ved vor nuværende Behandling af Fibromerne ad storkirurgisk Vej har fremkaldt en Række Forsøg på at finde noget mildere. Det er næppe nogen Overdrivelse, når jeg

påstår, at, tog man alle Kvinder, som have været Genstand for store, operative Indgreb for fibromata uteri, så vilde der være død færre af dem, om man ikke havde opereret en eneste, og det trods al Antiseptik, forbedret Teknik o. s. v.

Brugen af Klorcalcium, Kreuznaeh, seeale, Elektricitet, Underbinding af aa. uterinæ, ja Kastration, ere alle Forsøg på at komme ud over Vanskeligheden uden at gribe til de mere heroiske Operationer.

Således mener jeg, at det også vil gå med Sugningsmetoden, der har noget fysiologisk og rationelt ved sig. Den vil kunne være de praktiserende Lægers Ejendom og første Behandlingsforsøg, og det er mit Håb, at den vil forskåne mangen en Kvinde for at komme ind under den egentlige Storkirurgis Behandling.

### Demonstrationer.

R. NATVIG fremviste et af ham konstrueret Måleapparat for Toraxdeformiteter og Skolioser. Selve Måleinstrumentet består af to horisontalt og over hinanden liggende Stålringer, der ere anbragte i et Træstillads. Ringene ere forskydelige i Forhold til hinanden i vertikal Retning. Ved Hjælp af bevægelige, på Ringene anbragte Målestave kan på den øverste Ring Hovedets Sidedeviation i Forhold til det mediane Sagittalplan aflæses.

Den nederste Ring er ligeledes forsynet med bevægelige Målestave, hvorigennem Inflexion, Kropskonturer, Scapulæ's Stilling o. s. v. kan aflæses. Denne nederste Ring består af to Dele: en inderste Stålring samt et ydre Stålhylster, hvori den ligger. Ved Hjælp af et lille Tandhjul lader den inderste Stålring sig rotere om sit centrum. Herved er det gjort muligt at optage Tværsnitskonturer. Fixation af Bækkenet besørjes ved to fra Træstilladset udgående gaffelformede Støtter.

Dr. RAMM fremviste Patienter, behandlede med Kastration for Prostatahypertrofi. Se Foredraget S. 64.

Prof. NICOLAYSEN. Fract. colli femoris, behandlet med Nagler.

Dr. BORCHGREVINK foreviste en Patient, behandlet gennem Gastrostomi med retrograd Dilatation af Spiserøret.

Overlæge TSCHERNING demonstrerede sin Teknik ved Anlæggelse af Spadserebandager.

Dr. JERVELL foreviste Patienter på sin private Klinik.

Prof. UCHERMANN foreviste Gennemlysningen af Næsens Bihuler.

## Nordisk medicinsk litteratur från 1895.

---

### Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

H. STILHOFF: Lav Temperatur. — H. ADSERSEN: Bidrag til Læren om Periodicitet. II. — CARL SUNDBERG: Mikroorganismerna från läkarens synpunkt.

H. STILHOFF: **Lav Temperatur.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 697.

Forf. meddeler 4 Tilfælde af lav Temperatur (lavest 28,8). Han deler Tilfældene i de fysiologiske, der skyldes Afkøling gennem Huden, og de patologiske, hvor under Forløbet af en Sygdom Temperaturen er bleven subnormal. *S. Borch.*

H. ADSERSEN: **Bidrag til Læren om Periodicitet. II.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 894.

Forf. mener, at Legemshøjdens Forandringer i Døgnets Løb kun for en mindre Del ere afhængige af Legemstillingen, men væsentligst beror på de samme — os ubekendte — Faktorer, der betinge de daglige Perioder i andre fysiologiske Forhold så vel for Menneskets som for Planternes Vedkommende. *S. Borch.*

CARL SUNDBERG: **Mikroorganismerna från läkarens synpunkt.** Förra afdelningen, 8v, 160 s. Upsala W. Schultz.

Arbetet i sin helhet afser att i en möjligast fullständig öfversikt sammanfatta den hittills vunna kunskapen om mikroorganismerna, så vidt denna kunskap berör medicinens intressen. Det utgifves i två afdelningar å tillsammans 30 tryckark med 4 tafvor och ett 70-tal bilder i texten. Senare afdelningen ntkommer i början af 1896.

Arbetet omfattar en allmän och en speeiel del. Den utkomna afdelningen utgör början till den förra och behandlar: bakteriologiens historia och teknik, mikroorganismernas ur växtriket allmänna morfologi, fortplantning och systematik, deras kemiska sammansättning, livsvilkor och allmänna lifsyttningar (spee. äfven deras betydelse för de industriela fermentationerna), saprofyternas och parasiternas utbredning samt infektionssjukdomarnas allmänna etiologi och patogenes.

*Vestberg.*

**Speciel patologi och terapi:** S. MONRAD: Om Afasi, särlligt hos kejtåådede. — SCHNICKER: Et Par Tilfååde af subnormale Temperaturer på St. Johannes Stiftelse. — ZAHRTMANN: Akut Anååmi; lav Temperatur. — POUL HEJBERG: Varmens Indflydelse på Difteriens Tilbååjehed til at sååge ned i larynx. — GEORG LARSEN: Nogle Bidrag til den kroniske diphtheritis's Kasuistik. — OLRIK: Anvendelse af Fenosalyl. — JACOBÆUS: Et Tilfååde af cancer duodeni med Dååd under Symptomer på Avtointoxikation.

S. MONRAD: **Om Afasi, särlligt hos Kejtåådede.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 673 og 705.

I Anledning af et Tilfååde af Afasi, som Forf. har observeret på Kommunehospitalets 6te Afd., giver han en Oversigt over den nyeste Opfattelse af den nååvnte Lidelse og särlligt dens Optråden hos kejtåådede, hvor Talecentret på Grund af den fortrinsvise Uddannelse af hååjre Hjåårnehalvdel formodes at have sit Sååde i denne.

Iagttagelsen angår en 63-åårig Kvinde, som pludseligt fik et apoplektisk Insult med Lamhed af venstre nederste Facialisparti og de venstresidige Extremiteter. Tillige var der hemianopsia homonyma sin. og en tydelig motorisk Afasi og Agraphi. I Lååbet af 8 Uger helbrededes hun fuldstååndigt, såå nogen Sektion fandt ikke Sted. Ved Efterforskning angåående hendes Brug af Håånderne viste det sig, at hun fra sit 9de Åår, da hun på Grund af en Lååsion af hååjre Håånd vånede sig til at bruge den venstre, altid har vååret kejtåådet. Kun skrev hun med hååjre Håånd. Ved Forsååg på at skrive med venstre Håånd udfåårte hun dette med Spejlskrift.

*P. D. Koch.*

SCHNICKER: **Et Par Tilfååde af subnormale Temperaturer på St. Johannes Stiftelse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 721.

ZAHRTMANN: **Akut Anååmi; lav Temperatur.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 769.

SCHNICKER beretter om 2 letalt forlååbende Sygdomstilfååde, i hvilke meget lave Temperaturer bleve observerede flere Dage, fr Dååden indtrååde. I det frste Tilfååde (Hjåårtedilatation med Muskeldegeneration — Pnevmoni) var Temp., 6 Dage fr Dååden indtrååde, under 34,5°, den holdt sig sååledes indtil Dåådsdagen, da den gik lidt over 34,5° C. — I det andet Tilfååde (kronisk nephritis, Hypertrofi af venstre Ventrikel og Lungedem) var Temp. ved Indlågghelsen i Hospitalet 26° og nååede i de flgende Dage ikke op over 27° C.

ZAHRTMANN iagttog hos en 61-åårig Mand under en anååmisk Tilstand, fremkaldt ved Nyrebldning, af Temp. pludselig gik ned til 32,7; i Lååbet af et Dgnu steg Temp. dog atter til det normale og lidt derover. — Båågge Forff. have deres Observationer fra Stiftelser, som vååsentlig modtage fattige og forkomne Individider.

*F. Levison.*

**POUL HEJBERG: Varmens Indflydelse på Difteriens Tilbøjelighed til at søge ned i larynx.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 6, S. 385.

Forf. søger ad statistisk Vej at påvise Varmens Betydning for Difteriens Tilbøjelighed til at udbrede sig til larynx, idet han har ordnet de i København for Årene 1876—1885 på Ugelisterne anmeldte Tilfælde af angina diphtheritica og Krup efter Uger med samme Gennemsnitsvarme.

Hvad enten man tager alle 10 År under ét, eller man særlig betragter de første 5 År, som ere særlig gunstige for sådanne Undersøgelser, idet 3 af dem vare forskånede for Epidemier af morbilli og scarlatina, viser det sig, at med tiltagende Varme formindskes Difteriens Tilbøjelighed til at søge ned i larynx og omvendt. Dette Forhold gælder for de Temperaturgrænser (+ 20 og ÷ 4° C.), som iagttoges i København i det nævnte Tiår.

*F. Levison.*

**GEORG LARSEN: Nogle Bidrag til den kroniske diphtheritis's Kasuistik** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 729.

Forf. henleder Opmærksomheden på de ikke få Tilfælde, i hvilke Patienter Gang efter Gang på ny angribes af diphtheritis, ofte med få Måneders Mellemlum. Han mener, at dette jævnlig skyldes en Avtoinfektion fra Rester af den difteritiske Proces, som have gemt sig i Tonsillarkrypter, og meddeler flere Iagttagelser, der tale for denne Opfattelse, ligesom han flere Gange i sådanne Tilfælde har gjort Tonsillotomi for at fjerne Smitekilden og, som det synes, med godt Resultat.

*F. Levison.*

**OLRIK: Anvendelse af Fenosalyl.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 797.

Anbefaler Gurgling med Fenosalyl (1—100) ved diphtheritis.

*F. Levison.*

**JACOBÆUS: Et Tilfælde af cancer duodeni med Død under Symptomer på Avtointoxikation.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 845.

En 41-årig Bryggerkarl indkom i en noget forvirret og uklar Tilstand, blev senere ganske urolig og delirerende; Undersøgelsen viste Udvidelse af Ventriklen, svag Albuminuri. Pat. sov ikke, tremor og Agilitet ikke fremtrædende. Der indtrådte den følgende Dag coma og Død. Ved Sektionon fandtes en 25-Øre stor kankrøs Infiltration i duodenum med ulcereret Overflade; Ventriklen var betydelig dilateret.

Forf. antager, at Dødsarsagen i dette Tilfælde har været en Avtointoxikation fra den udvidede Ventrikels gærende Indhold, i det han mener at kunne udelukke Muligheden af, at Sygdomsbilledet kan være fremkaldt af kronisk Alkoholisme.

*F. Levison.*

**Kirurgi och oftalmiatrik:** FRITZ KAYSER: Om det enkla starrsnittet jämte en sammanställning af de under åren 1891—1894 å kungl. Serafimerlasarettet utförda starroperationerna å senil starr. — JOHAN HOLMSTRÖM: Dubbel iridodialys till följd af kontusion å ögat (med bild). — MICH. LARSEN: Om Öjnsygdomme under influenza. — JOHAN HOLMSTRÖM: Två fall af akut tårkörtelinflammation. — P. SÖDERBAUM: Några erfarenheter i hjärnkirurgi. — P. SÖDERBAUM: Ett fall af meningohydroencephalocœle occipitalis. — J. LANDSTRÖM: Fall af nedsväljd magskölnings slang. Extraktion genom kolotomi. Hålsa. — J. BORELIUS: Laparotomi för perforerande magsår. — JACQUES BORELIUS: Om MURPHYS knapp. — G. EKEHORN: Redogörelse för några fall af appendicit. — G. EKEHORN: Till operationsmetoderna för ingvinalbråck. — W. KARSTRÖM: Nybildningar i urinblåsan. — JENS SCHOU: Bidrag til Behandlingen af luxatio coxae congenita. — F. BAUER: Om den ambulanta behandlingen af brott å nedre extremiteterna. — STUDESGAARD: Om Behandlingen af Varicer på Underextremiteterna. — ANDERS JOHANSEN: Atter et Tilfælde af Miltbrand. — Kasnistik från länslasarettsläkarnes rapporter för år 1894. — B. BERGENHEM: Kirurgisk kasnistik från Nyköpings lasarett. — J. KAARBERG: Et Dødsfald ved Åternarkose. — V. BENZON: Forevisning af anti-septiske og sterile Forbindingssager, Silke, Katgut o. s. v., präparerede i ALFR. BENZONS Fabrik. — Korrespondance.

**FRITZ KAYSER: Om det enkla starrsnittet jämte en sammanställning af de under åren 1891—1894 å kungl. Serafimerlasarettet utförda starroperationerna å senil starr.** Hygien 1895, s. 35.

Efter en kort historik, rörande det enkla starrsnittets återupptagande, redogör förf. för operationssättet, fördelarna som tillskrivas det enkla starrsnittet, och för de olägenheter som tillvitats det samma. Därpå meddelar han en statistik af 68 enkla och 122 kombinerade extraktioner, utförda under åren 1891—94 å Serafimerlasarettets ögonklinik. Irisprolaps inträffade 4 gånger (5 %) bland de enkla och 2 gånger (1,8 %) bland de kombinerade. Glaskroppsframfall inträffade i 1,3 % efter enkel och 2,5 % efter kombinerad extraktion. Infektion, som ledde till synens förlust, inträffade 3 gånger (1,6 %). I alla dessa fall var iridektomi gjord. Dessutom inträffade stark retning 4 gånger och svag 15 gånger i fall med iridektomi, samt stark i ett och lindrig i 6 fall utan iridektomi, d. v. s. i 18,1 % af de förra och 10,1 % af de senare. Synskärpan var i medeltal  $\frac{1}{3}$  högre hos de enkla. Discission af efterstarr gjordes i 25 % af de enkla och i 20,5 % af de kombinerade.

Förf. sammanfattar i följande ord sina åsikter om det enkla starrsnittet: Det lemnar i kosmetiskt afseende bättre resultat, är förenadt med mindre retning samt giver en i någon mån större synskärpa. Men det fordrar å andra sidan en van hand, och jag tror ej, att den som endast tillfälligtvis får utföra en starrextaktion, är att tillråda en öfvergång till det enkla starrsnittet. Bland oftalmologerna däremot kommer sannolikt denna metod att småningom blifva den förherrska-

Widmark.



JOHAN HOLMSTRÖM: **Dubbel iridodialys till följd af koutusion å ögat (med bild).** Hygiea 1895, s. 51.

Hos en arbetare, hvars öga träffats af en stenskärfva, uppträdde två iridodialyser midt emot hvarandra och parallelt med det å hornhinans midt förlöpande såret efter den främmande kroppen.

*Widmark.*

MICH. LARSEN: **Om Öjensygdomme under influenza.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 409.

Forf. er tilbøjelig til at tro, at en Mængde sygelige Tilfælde under en Influenzaepidemi, som i Virkeligheden skyldes denne Sygdom, gå upåmærket hen eller menes at skyldes almindelige Forkølelsetilfælde.

Af Tilfælde, som han med nogenlunde Sikkerhed kunde antage, stod i virkelig Årsagsforbindelse med Influenzaen, har han iagttaget 150, nemlig:

Hyperæmi . . . . .	73
Keratitis herpetica . . . . .	15
» dendritica . . . . .	3
» punctata . . . . .	14
Abseess. corneæ . . . . .	1
Irido-cyclitis } . . . . .	13
Chorioiditis } . . . . .	
Neurit. optica . . . . .	1
Atroph. n. opt. . . . .	2
Oculomotoriusparalyse . . . . .	6
Abducensparalyse . . . . .	1
Neuralgia ciliaris . . . . .	6
Migræne med period. Skotom . . . . .	1
Hemeralopi . . . . .	1
Hemianopsia lateral. . . . .	1
Amblyopia . . . . .	3
Akkommodationsforstyrrelser . . . . .	7
Glaucoma acut. . . . .	1
Glaucoma secund. . . . .	1

Til Forståelse af, hvad Forf. forstår ved Sygdomskategorien Hyperæmi, bemærkes, at flere af de nævnte Sygdomsformer forekomme samtidigt, således f. Ex. Hyperæmien forud for og ledsagende alle Keratitisformerne, Iridocyclitistilfældene, saut næsten alle Akkommodationsforstyrrelser; men selv frasét dette, er Hyperæmien optrådt langt hyppigere end noget af de andre Tilfælde. Navnet Hyperæmi er ganske vist ikke særligt egnet til at omfatte de mange Symptomer; men i Mangel af et bedre får det blive stående, og det har i alt Fald den Fordel, at det leder Tanken hen på en Nevrose og ikke på en Betændelse. — Det er jo i det hele karakteristisk for influenza, at det er en Sygdom, som i første Række angriber Nervesystemet, ja selv i de Tilfælde, hvor de katarralske Symptomer ere overvejende, er der dog en Sandsynlighed for, at den første Virkning af Influenzagiften har været en Angionevrose, der har medført Hyperæmi af vedkommende

Slimhinde og derved præpareret den til at blive en god Jordbund for »Forkølelsesmikrober».

Hyperämien angriber ingenlunde conjunctiva alene; ofte er der subkonjunktival Rødme om cornea; hyppigt er det objektive Fund meget ringe.

Undertiden er der Akkommodationssvækkelse, Hyperæmi af Pappillen. Der kan være Hyperæmi af iris, undertiden med lette Tilhæftninger af Irisranden til Linsekapslen. Hvis en enkelt Atropininddrypning løsner disse Tilhæftninger, kalder Forf. Sygdommen Hyperæmi, men bemærker dog, at man måske i disse lettere Tilfælde kunde komme til at tænke på en abortiv iritis; ti han har undertiden set en sådan Tilstand blive til en hæftig iridocyclitis, der endog kunde være til Tab af Øjet. (Det vilde jo være i bedre Overensstemmelse med alm. Sprogbrug at kalde disse Tilfælde let iritis. Ref.) Forf. mener, at det også i disse Tilfælde er naturligt at tænke sig, at det primære har været en ved influenza bevirket Hyperæmi, som har beredt Jordbunden for en Infektion».

Af cyclitis eller iridocyclitis har Forf. iagttaget 12 Tilfælde, deraf flere af meget alvorlig Natur, 2 Gange med Tab af Øjet. »Et af disse sidste Tilfælde ramte en for Katarakt opereret ældre Kvinde på den 10de Dag efter Operationen, samtidig med Udbruddet af en stærk influenza. Der kom iridocyclitis først i det opererede Øje, hvorved Operationsresultatet blev alvorlig kompromitteret; 2 Efterstærksoperationer gav hende dog senere et meget brugbart Syn. Men nogle Måneder senere — ligeledes under stærke Influenzasymptomer — angrebes det ikke opererede Øje, og her endte Betændelsen med Atrofi af Øjet.» (EX, der er mindre tilbøjelig til at diagnosticere influenza end Forf., vilde vel simpelt hen sige, at der her har været en Infektion af det opererede Øje og en sympatisk Oftalmi af det andet. Ref.)

*J. Bjerrum.*

JOHAN HOLMSTRÖM: **Två fall af akut tårkörtelinflammation.** Hygiea 1895, s. 55.

En redogörelse för 2 fall, där tårkörteln å ena sidan var angripen. I en efterskrift meddelar förf. ytterligare ett fall, där åkomsten var dubbelsidig.

*Widmark.*

P. SÖDERBAUM: **Några erfarenheter i hjärnkirurgi.** Gefleb.-Dala läkareför. förhandl., s. 11.

*Fall 1.* Penetrerande huggsår. Omedelbar afasi, medvetandet bibehållet. På 3:dje dygnet debridering af såret och utrymning af en blödningshärd i hjärnmassan. Sedan småningom full hälsa.

*Fall 2.* Subkutan, komminut kranialfraktur med depression af fragment och betydlig hjärnlesion. Trepanation. Hälsa.

*Fall 3.* Penetrerande huggsår. Afasi. Trepanation med utrymning af en blödningshärd i hjärnmassan. Hälsa.

*Fall 4.* Trauma å hufvudet; hemipares. Trepanation öfver mot zonen Intet abnormt påträffas. Förbättring efter operationen.

*Fall 5.* Hjärnabscess efter hagelskott i högra tinningregionen.  
 Trepanation. Hälsa. *Rissler.*

P. SÖDERBAUM: **Ett fall af meningo-hydroencephalocoe occipitalis.**  
 Gefleb.-Dala läkareför. förhandl., s. 23.

Bråcket betydande stort, mätte i största omkretsen 34 cm. Pedunkeln af ungefär 5 fingrars tjocklek. Barnets ålder vid operationen 3 veckor; i öfrigt normalt utveckladt. D. 16 $\frac{1}{3}$  94 fri exection af tumören. Stark kollaps vid öppnandet af hjärnbråckskaviteten. Katgutligatur af hjärnlagret, silkwormgutsuturer i betäckningarna. 5 månader efter operationen lefde barnet ännu men hade tydlig hydrocephalus. Operationsåret stadigt, ej utbuktadt. *Rissler.*

J. LANDSTRÖM: **Fall af nedsväljd magsköljnings slang. Extraktion genom kolotomi. Hälsa.** Hygiea 1895, s. 198.

Pat., en 33-årig kvinna, träffades, under det att hon var sysselsatt med att gifva sig själf en magsköljning, af ett svindelaufall, hvarvid ett stycke af slangen afslets och nedsväljdes. Symptomen voro först andnöd, sedan häftiga smärtor och blodiga kräkningar, därefter kvaljningar och häftig kolik. På sjunde sjukdomsdagen gjordes laparotomi, hvarvid slangen anträffades i colon asc. Den låg dubbelviken, mätte 48 cm. i längd, 11 mm. i diameter. Förloppet efter operationen godt. *Rissler.*

J. BORELIUS: **Laparotomi för perforerande magsår.** Hygiea 1895, s. 241.

Sjukhistorien företer intet från normen afvikande. Operationen utfördes ungefär 13 timmar efter perforationen. Ett sår anträffades genast å främre bukväggen; det suturerades och i bukhålan befintliga exsudatet uttömdes; buksuturer; förband. Pat. dog 6 timmar efter operationen. — Vid obduktionen anträffades i ventrikeln utom det vid operationen suturerade såret ett andra sådant, äfven detta perforerande men beläget på organets bakre vägg, samt i det sist nämndas granskap ytterligare ett tredje, detta dock gående blott genom mukosan.

Förf. framhåller, att det ju är en allmänt känd sak, att det vanliga magsåret uppträder multipelt kanske lika ofta som solitärt; men att tvänne magsår samtidigt perforera torde väl höra till de största sällsynheter. Af denna fatala omständighet, som gjorde operationen totalt resultatlös, hemtar förf. den lärdomen, att det vid analoga fall, om man träffat en perforation på ventriklens fransida och behandladt den, »kan vara skäl att undersöka baksidan också, innan man anser operationen fullbordad». *Rissler.*

JACQUES BORELIUS: **Om Murphys knapp.** Hygiea 1895, s. 270.

Förf. redogör för trenne fall (1 gastroenterostomi och 2 cirkulära tarmresektioner), vid hvilka den nämnda apparaten kom till användning. Han anger som sin afsikt med uppsatsen: »att, med stöd af egen erfarenhet, hos oss fästa uppmärksamheten på ett tekniskt hjälpmedel vid

tarmanastomosens anläggande, som förut blott i förbigående blifvit omnämndt i vår svenska literatur, men som nog är värdt att bliwa kändt, då det utan tvifvel i en del fall kan vara af ovärderlig nytta, om det också å andra sidan ej saknar sina olägenheter.» De tre fallen, vid hvilka förf. i patienternas nedsatta allmäntillstånd och det däraf uppkomna krafvet på förkortad operationstid fann indikationer till sina försök med M:s knapp, förlupo alla gynsamt.

*Rissler.*

G. EKEHORN: **Redogörelse för några fall af appendicit.** Hygiea 1895, s. 433.

Fall 1, som är af mesta intresset, handlar om en appendicitis actinomycotica med perforation af appendix, aktinomykotisk abscess i buken, metastatisk aktinomykos i lever och mesenterialkörtlar. Operation utan att appendix kunde uttagas. Död 1½ månad efter operationen.

Till detta fogas en redogörelse för 8 fall af kronisk, recidiverande (bland dem 2 af typen: appendicitis recurrens) och 4 af akut appendicit, som behandlats operatift; samt ett fall af kronisk appendicit, som underkastats massagebehandling. Utan att erbjuda något egentligt nytt blifva de här framlagda fallen till följd af den klarhet och enkelhet, med hvilken de beskrivas, af stort intresse, och utgöra de enligt refs. tanke ett värdefullt bidrag till nu pågående arbete med samlande af erfarenhetsrön inom detta område.

*Rissler.*

G. EKEHORN: **Till operationsmetoderna för ingvinalbräck.** Hygiea 1895, s. 370.

Förf. inleder sin uppsats med ett framhållande däraf, att ej ens den enligt hans tanke fullkomligaste af de nu brukliga operationsmetoderna för ingvinalbräck, nämligen BASSINIS, är utan vank och lyte. Äfven vid användande af denna metod följa stundom recidiv, och en orsak till den finner förf. i främsta rummet i genomskärandet af aponevrosen för muse. obl. ext. Äfven vid en oklanderlig p. p. läkning blir ärret i den samma mindre resistent än det oskadade senbladet. Än värre ställa sig förhållandena, om det genom stramningen vid sutureringen kommer till en nekros af aponevros-ränderna — en händelse som enligt förf:s erfarenhet ej altför sällan inträffar. För att undvika dessa olägenheter har förf. uttänkt och bragt till användning ett operationssätt, som möjliggör utförandet af öfriga den BASSINISKA metoden utmärkande moment, utan att aponevrosen behöfver delas. Beträffande detaljerna af det sörrika men måhända något invecklade förfaringssättet måste ref. hänvisa till originaluppsatsen.

*Rissler.*

W. KARSTRÖM: **Nybildningar i uriublåsan.** Hygiea 1895, s. 129.

**Kasuistik.** *Fall 1.* Fibro-myoma vesicæ urinariae; cystotomia; exstirp. m. galv. slynga; hälsa.

50-årig kvinna. Sommaren 1889 tätare trängningar till urinering än normalt; urinen klar. Jultiden s. å. grumling af urinen och sveda i urinrörsmynningen. Från mars 1890 blödningar, stundom häftiga, ej stående i samband med kroppsrörelser; ökade smärtor. — St. præ. d. 27/7 1890. Pat. anemisk, nedsatt, feberfri. Svåra trängningar till urinering. Urinen alkalisk, stinkande, varblandad. Ömhet öfver blåstrakten, tumör ej palpabel. Införd kateter möter hinder strax inom blåshalsen. Per vaginam kännes en otydlig begränsbar tumör, som ej tyckes stå i samband med uterus eller dess adnexer. Efter uretral-dilatation kan en mer än hönsäggstor, fast, något loberad tumör utgående från blåsans bakre vägg direkt palperas.

D. 18/8 Operation. Rektalballong; 100 gm borsyrelösning i blåsan kvarhålls genom digitalkompression af urethra. Epicystotomi med longitudinalt snitt. Snittet i blåsan 5 cm. Då tumören befans vara för stor för att kunna framdragas genom detta sår och exstirperas med knif, infördes genom urethra en galvanokaustisk slinga, med hvilken dess stjälk långsamt afbrändes, hvarefter den samma styckades och utbefordrades. Ingen nämnvärd blödning. Blåsdränage. — Vid sjukdomsförloppet efter operationen intet af egentligt intresse. D. 5 okt. var såret läkt, urinen nästan klar, kontinensen god, hull och krafter ökade. D. 14 samma månad dilaterades urethra och palperades blåsväggarna; de kändes släta och jämna. utom till höger om stället, där ärret efter den aflägsnade svulsten antogs böra vara. Där kändes nämligen en liten fast tumör, stor som ett körsbär och inkrusterad med urinsalter. Den aflägsnades med galvanokaustisk slinga. D. 18 okt. utskrifves pat. symptomfri och var enligt meddelande i okt. 1894 fullkomligt frisk. — Vid mikroskopisk undersökning af svulsten visade den sig vara ett fibro-myom.

*Fall 2.* Myo-sarcoma alvcolare v. urin.; cystot.; exstirp.; pyelonephritis supp.; död.

70-årig man. 1890 blod med urinen två särskilda gånger; sedan dess tätare trängningar än normalt och smärtor i glans v. miktionen; urinen klar. 1 ang. 1892 å nyo blodtillblandning till urinen. — St. præ. d. 26/8 92. Allmänna tillståndet någorlunda godt. Urinen starkt blodblandad nästan svart, låtes ofta och med plågor, i synnerhet mot slutet. Ingen njurförstoring palpabel. Undersökning på sten med sond utföll negativt. Vid bimanuel undersökning från rectum kännes ofvanför prostata och skild från den en tumör, stor som en valnöt, utgående från vänstra sidan af blåsans bakre vägg; denna senare ej infiltrerad. Svår blödning och dekomponering af urinen tvingade till operation. Denna, en epicystotomi, utfördes d. 30/8 och blottade en tumör, 5 cm. lång, 4 cm. bred och 2 till 3 cm. tjock, gråhvit, knottrig, på ytan sönderfallande och trasig, utgående från trakten af v. ureters mynning. Den aflägsnades med galvanokaustisk slinga. Blåsdränage och tamponad af buksåret. Förloppet i början efter operationen godt, sedan tillstötte feber och andra tecken på infektion, och pat. afled d. 27/9. Obduktionen visade dubbelsidig, varig pyelonefrit. Den exstirperade svulsten, hvars patol. anatom. diagnos ofvan angifves, före-

tedde vid den mikroskopiska undersökningen åtskilliga moment af intresse, beträffande hvilka ref. dock måste hänvisa till originalafhandlingen.

*Fall 3.* Papilloma carcinomatosum vesicæ urin.; partiel extirpation; förbindning.

63-årig kvinna med blåsesymptom sedan 3 år. Vid inkomsten på sjukhuset svår cystit och betydande blödningar. Svulsten direkt palpabel. Några framspringande delar af den samma aflägsnades med galvanokaustisk slynga mest i diagnostiskt syfte. Antiseptiska sköljningar medförde lindring af symptomen. Död 3½ år efter de första sjukdomstecknens uppträdande.

*Fall 4.* Papilloma villosum vesicæ urin.; extirpation; hälsa.

65-årig man. Enda symptomet under det 4-åriga sjukdomsforloppet var blödningar, i början små, sedan ymniga men alltid nyckfulla i sitt uppträdande. På sjukhuset kunde blödningens vesikala karakter påvisas genom palpation af blåsan vid ineliggande kateter, då klart blod frampressades. Likaså fastställdes, att den spontant uppträdande blödningen var en »terminal» sådan. Nybildningen ej palpabel men lätt påvisad med cystoskop. Den aflägsnades efter epicystotomi medels galvanokaustisk slynga. Fallet gick till full hälsa. Patol. anat. beskrifning af svulsten följer sjukhistorien.

*Fall 5.* Papilloma vesicæ; cystotomia; extirpation; hälsa.

Öfverensstämmar, hvad beträffar sjukdomens symptom, den objektiva undersökningens metod och resultat samt behandling så fullständigt med föregående, att en närmare redogörelse för den samma är öfverflödig.

Såsom tillägg till uppsatsen lemnas slutligen redogörelse för ett *fall 6*, hvars art angifves af rubriken: cancer ves. urin., cystot., extirp. + resektion af blåsväggen, hälsa. Det gäller här en 67-årig kvinna, som sedan sommaren 1894 i småningom stegrad grad företett symptomen: abnormt frekventa trängningar till urinering och blåsblödningar, ofta tydligt terminala. Tumören kunde palperas per vaginam och ännu tydligare direkt efter vidgning af urethra. Den behandlades operatift på sätt öfverskriften angifver. Pat. öfverstod väl operationen. Senare underrättelser saknas.

I anslutning till dessa fall lemnar förf. en framställning af läran om blåstumörernas patologi och terapi i dess historiska utveckling och nu varande ståndpunkt. Då han härvid tydligen och enligt egen uppgift följer kända handböcker och monografier i ämnet, kan ett referat af denna del af uppsatsen här ej vara på sin plats, utan hänvisas intresserade till förf:s egen klara och sakrika framställning. Ref. vill endast här påpeka en i den samma inflytande, af förf. själf gjord intressant iakttagelse beträffande möjligheten af att med cystoskopets tillhjälp närmare diagnosticera ett njurlidande. I ett fall af otvetydigt renal hematuri antydde palpationsförhållandena, att den högra njuren skulle vara den sjuka. Cystoskopisk undersökning visade emellertid att ur vänstra ureteren stötvis framkom en starkt blodig urin. Ja än mer: med cystoskopets tillhjälp kunde under ögats kontroll en kateter införas

i högra ureteren, hvarvid aflöt en urin, som befans vara fullständigt normal.

*Rissler.*

JENS SCHOU: **Bidrag til Behandlingen af luxatio coxae congenita.**  
Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 793.

Forf. har i Bibl. f. Læger 1891 meddelt et Tilfælde, der med Held var behandlet med permanent Vågtextension; han har senere på samme Måde, også med Held, behandlet et 4-årigt Pigebarn; Barnet lå til Sängs i 4 Måneder og gik senere med Extensionsbandage i 8 Måneder. For at påskynde Behandlingen har han i 7 andre Tilfælde, efter at trochanter ved Extension var bragt på sin Plads (der bruges hertil en 2 til 4 Uger), indsprøjtet efter LANNELONGUE en 10 % Klorzinkopløsning, et Par Dråber på 4 forskellige Steder over og bag acetabulum. Injektionen sker under Narkose, og Nålespidsen föres lige ind til Periost; den gentages med 10 Dages Mellemrum en 2 til 3 Gange. Efter sidste Injektion ligger Barnet endnu en halv Snes Dage, kommer så op og går uden Bandage, men anvender i Regelen Vågtextension om Natten. Der danner sig en hård Udfyldning på Injektionsstedet, og trochanter er i de fleste Tilfælde bleven på sin Plads. Den vraltende Gang har tabt sig, ligeså Lordosen, kun en ringen Hinken er blevet tilbage. Forf. er godt fornöjet med Resultatet og tilråder en tidlig Behandling; den konservative Behandling bör först försöges, iuden man skrider til Operation.

*Kr. Poulsen.*

F. BAUER: **Om den ambulanta behandlingen af brott å nedre extremiteterna.** Hygiea 1895, s. 225.

En i klara, raska drag framställd öfversikt af hvad beträffande denna fråga under de senaste åren framkommit, väsentligast i den tyska literaturen. Förf:s sympati för den i fråga varande metoden framlyser tydligt. Han framhåller som väsentliga fördelar af den samma det stora behag, som pat. måste erfaras af att ej behöfva vara fängslad vid sängen, kroppsrörelsens och den upprätta ställningens betydelse för det allmänna hälsotillståndet särskildt hos drinkare och gubbar; han anför vidare och sluter sig till BORELI förmodan, att belastningen af benet under själfva läkningsprocessen kan utöfva ett gynsamt inflytande på transformationsprocessen i callus; samt finner slutligen med KRAUSE och OLBERS, att de funktionella rubbningarna efter benbrottet, vid den ambulanta behandlingen äro mycket mindre och kortvarigare än vid andra behandlingsmetoder. Någon fara anser han den samma ej innebära, ou pat. blott vederbörligen öfvervakas, i all synnerhet i början, häst under hela läkningsperioden. Framställningen illustreras genom redogörelser för 18 af förf. själf enligt de afhandlade grunderna skötta fall af frakturer å undre extremiteterna.

*Rissler.*

STUDSGAARD: **Om Behandlingen af Varicer på Underextremiteterne.**  
Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 821.

Forf. anbefalar varmt den TRENDELENBURGSKE Underbinding af v. saphena; han udför den tät ved Indmundingen i v. femoralis; man



har her kun med én Stamme at göra, medens man längre nede kan have Sidegren, som let overses, og hvis Existens kan göra Operationen värdlös. Har opereret 17 Patienter, heraf 8 på bägge Ben; i et enkelt Tilfælde kom en lille Emboli i nederste Parti af höjre Lunge, ellers er Operationen förloben ukompliceret. 8 af de 17 Patienter ere senere undersögte; 6 Tilfælde, der ere opererede för  $\frac{1}{4}$  til  $3\frac{1}{2}$  År siden, ere fullständig helbredede; 2 Patienter, opererede för  $\frac{1}{4}$  til 1 År siden, have vel god Funktion, men trättes hurtigt ved Gangen og må bruge Bind. Patienterne må ligge en 3 til 4 Uger efter Operationen og skulle gå med Bind i den förste Tid; Varicerne svinde ikke ganske, men förminskes lidt efter lidt; i Regelen holde de sig blöde, kun i et Par Tilfælde har Forf. set dem tromboserede.

*Kr. Poulsen.*

ANDERS JOHANSEN: **Åtter et Tilfælde af Miltbrand.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 869.

En 45-årig Husmand inficerer sig ved at obducere en miltbrand-syg Ko. Der kommer Miltbrandpustler på höjre Hånd og Underarm samt en betydelig diffus Flegmone, der når helt op til Axillen. Manden henlå i en septisk Tilstand; men det lykkedes ved Spaltning af Pustlerne samt dybe, afspändede Incisioner i det ödematöse Väv samt i det sunde Parti ovenför Flegmonen at standse Proessen; efter at store gangränöse Tjavsar vare udstölte, indträdde Helbredelse.

Forf. lägger Vägt på Incisionerne i det umiddelbart ovenför det ödematöse Parti beliggende sunde Vävsafsnit; han mener at have set, at den progrediente Flegmone herved kan kuperes. Som Forbinding anvendtes Lysolomslag.

*Kr. Poulsen.*

**Kasuistik från lasarettsläkarnes rapporter för år 1894.** Hygiea 1895, s. 537.

I. *Från länslasarettet i Jonköping* af d:r A. V. THORÉN.

1) och 2) gynekologiska fall. 3) Fall af recidiverande blåstumör (papillom), som efter epicystotomi aflägsnades med galvanokaustisk slynga. Hälsa. 4) Torakoplastik för gammalt empyem. Resektion af refben, interkostalmuskler och pleura costalis från tuberculum costæ 6 till 10 cm. framåt från och med 3:dje till och med 8:de refbenet. Snabb och fullständig läkning följde. 6) Tvänne fall af komplicerad hufvudskålsfraktur. Trepanation. 7) Tumor cerebri. Trepanation. Pat. lidande sedan omkr. 7 veckor af hufvudvärk och kräkning. Staspapill påvisas. Inga förflamningar eller andra symptom till ledning för en topisk diagnos. Trepanation d.  $23\frac{8}{8}$  å högra hjässbenet, där pat. några år före nu varande sjukdom fått ett svårt slag. Dura ogenomskinlig, pulsation ej märkbar, eljes intet af intresse. Efter operationen stadig förbättring. D.  $28\frac{3}{3}$  95 full hälsa.

II. *Från länslasarettet i Varberg* af d:r A. HANSSON.

1) Fall af utbredd nekros af högra hjässbenet efter ett trauma.  
2) 2 fall af operation af phimosis enl. HAGEDORN. Metoden lofordas.



III. *Från länslasarettet i Gefle af d:r C. A. BERGH.*

1) Neuralgia n. alv. inf. Evulsion enl. THIERSCH. Hälsa. 2) Fall af rinoplastik efter KÖXIG. Resultatet godt. 3) Hernia erur. sin. in-sarc. + ileus. Herniotomi och laparotomi. Hälsa. Inkarcerationen hade detta fall till orsak adherenser inom bukhålan i bråcksäckshalsens närhet. Efter deras lösande inträdde hälsa.

IV. *Från länslasarettet i Umeå af d:r J. LEVENHAGEN.*

Ett fall af död under kloroformering. Narkosen kort. Ej fullt 10 gm förbrukade. Förf. söker orsaken till den letala utgången i en vid obduktionen påvisad degeneration af hjärtat, som dock ej gifvit under lifvet iakttagbara symptom.

*Rissler.*

B. BERGENHEM: Kirurgisk kasuistik från Nyköpings lasarett. Eira 1895, s. 265.

I. Ectopia vesicæ + epispadiasis + lithiasis renalis. Operation.

29-årig man. Operation enligt VOGT och CZERNY med direkt sutur af blåsslemhinnan och hudförskjutning. God läkning utom vid radix penis. Defekten här täcktes vid en senare operation med användande af preputialhuden. Pat. dog några månader senare af pyelonefrit.

II. Ectopia vesicæ + adenoma destruens vesicæ. Exstirpation af blåsan. Implantation af uretererna i rectum.

29-årig man. Den förefintliga nybildningen indieerade valet af behandlingsmetod. Från ett tvärsnitt i perineum arbetade sig operatören fram till de genom inlagda sonder känbara uretererna. Därefter lösdissekerades blåsan. Uretererna löstes nu, hvarvid en liten oval af blåsväggen fick följa med och fördes ned i såret i perineum, två snitt lades genom rektalväggen, genom hvilka ureterernas mynningar fördes in i tarmen. De fixerades med några silkessuturer. Dränagerör i tarmen, tamponad af perinealsåret. Under första delen af efterbehandlingen visade det sig, att patienten fick symptom, tydande på uremi, så snart större kvantiteter urin fick samla sig i ändtarmen. Så småningom försvunno dock dessa fenomen, och ett tillstånd inträdde, som patienten ej nog kunde prisa. Han kunde hålla sig fullkomligt torr och behöfde tömma sin kloak endast hvar 3:dje eller 4:de timme. Ännu 6 månader efter operationen var pat. frisk och i fullt arbete.

Förf. framhåller, att detta fall är af största intresse i mer än ett afseende. Det är det första kända fall, där implantation af uretererna i rectum på människa lyckats, och det första kända fall af adenom, utgånet från blåsans slemhinna.

*Rissler.*

J. KAARBERG: Et Dödsfald ved Äternarkose. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 895.

Pat. var en 49-årig Kvinde, hos hvilken der gjordes Laparotomi for en barnehovedstor Ovarialkyste. Operationen var ukompliceret og

varede  $\frac{3}{4}$  Time; der anvendtes 150 Gm Äter, og Narkosen var god; men da Forbindingen skulde anlægges, standsede Respirationen, medens Pulsen holdt sig kraftig; Åndedrättet vendte strax tilbage ved kunstig Respiration; men efter et Par spontane Åndedrag standsede det igen; man vedblev med kunstig Respiration i  $7\frac{1}{3}$  Time; men til sidst lykkedes det ikke at få Respirationen i Gang. Pulsen holdt sig kraftig til den sidste Time för Döden; der kom da stärkere Cyanose og rigelige Rallelyd, en venæsectio var nden Virkning. Sektionen viste et ubetydeligt Lungödem og et meget stärkt fedtdegenereret Hjärte samt senil Atrofi af Lever og Nyre (Urina var för Operationen normal, men Diuresen kun 165—315 Gm).

*Kr. Poulsen.*

V. BENZON: Forevisning af antiseptiske og sterile Forbindingssager, Silke, Katgut o. s. v., präparerede i Alfr. Benzons Fabrik. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1894—95. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 910.

Pröver af for længere Tid siden präparerede Stoffer havde i 3 Uger holdt sig fuldständig sterile i Ködpeptongelatine.

*Kr. Poulsen.*

**Korrespondance.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 429.

Dr. P. PANUM finder det uberettiget, når Bibliotekets Anmelder har erkläret, at hans Bog: »Behandlingen af de almindeligst forekommende ortopädiske Lidelser» er et »Kompilationsarbejde»; det støtter sig nemlig til selvständig Undersögelse og Behandling af henved 4000 Patienter.

*Kr. Poulsen.*

**Psykiatri:** KNUD PONTOPPIDAN: Psykiatriske Forelæsninger og Studier. — KNUD PONTOPPIDAN: Delirium tremens. — CHR. GEILL: Nogle Hjernevejniger fra Århus-Asylet.

**KNUD PONTOPPIDAN: Psykiatriske Forelæsninger og Studier.** Tredje Række. København 1895.

I. *Sex kliniske Forelæsninger* omhandle Kvärlantforrykthed, Kleptomani, abnorme Personligheder, Rekrut-Psykose, dementia paralytica og delirium tremens. Den første og de to sidste Forelæsninger have tidligere været trykte i Hosp.-Tidende og Bibliotek for Læger.

II. *Forryktheds læren.*

Forf. giver herunder en Skildring først af *den typiske Forrykthed*, der defineres som en kronisk, fremskridende og uhelbredelig Sindssygdomsform, hvis Hovedsymptom er de systematiserede Vrangforestillinger. I det hele slutter Forf. sig til MAGNANS Fremstilling og sonder mellem fire Stadier i Sygdommen, et Forstadium eller Inkubationsstadium, et Persekutionsstadium, et megalomant Stadium og et Sløvhedsstadium. I Modsætning til denne typiske Form optræder *den uregelrette Forrykthed* altid på degenerativt Grundlag med et mere abortivt Præg, i Regelen på et tidligere Tidspunkt i Livet, og Vrangforestillingerne antage aldrig den udtalt systematiserede Karakter.

P. D. Koch.

**KNUD PONTOPPIDAN: Delirium tremens.** Klinisk Forelæsning. Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 6, S. 369.

Giver et skizzeret Billede af de almindelige Former af Sygdommen med særlig Dvælen ved Hallucinationerne. Med Hensyn til Sygdommens Åtiologi fremhæves, at Opfattelsen af delirium tremens som et Abstinensdelirium ikke længere deles på Forf:s Afdeling. Meget snarere skyldes Udbruddet yderligere Excesser, en tilfældig tilstødende Sygdom eller en stærk Sindsbevægelse. Behandlingen er på Afdelingen væsentlig ekspektativ, og navnlig er den tidligere almindelige Kloralbehandling opgiven. De syge få Lov til at bevæge sig så meget i Frihed som muligt. Til Slutning omtales Guldturen og dens suggestive Betydning, medens det samtidig betones, at det mest radikale Middel mod den kroniske Alkoholisisme er Oprettelsen af Drankerasyler.

P. D. Koch.

**CHR. GEILL: Nogle Hjernevejniger fra Århus-Asylet.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 6, S. 394.

I Tidsrummet 1852—95 er der på Århus Asyl foretaget af brugelige Hjernevejniger i alt 852, nemlig 500 hos Mænd og 352 hos Kvinder. Hos *Mændene* var Gennemsnitsvægten 1368,3 Gm, hos *Kvinderne* 1238,4 Gm. Hos *Mænd* under 60 År var Gennemsnittet 1375 Gm,

hos Mænd over 60 År 1335 Gm. Hos sindssyge, ikke paretiske Mænd, hvis Sygdom varede under 2 År, var Gennemsnittet 1446,9 Gm, hos sådanne, hvis Sygdom varede over 2 År, 1375 Gm. Hos sindssyge, ikke paretiske Mænd i det hele var Gennemsnittet 1395 Gm, hos mandlige Paretikere 1286,9 Gm. Hos Kvinder under 60 År var Gennemsnittet 1257 Gm, hos Kvinder over 60 År 1187 Gm. Hos sindssyge, ikke paretiske Kvinder, hvis Sygdom varede under 2 År, var Gennemsnittet 1287 Gm, hos sådanne, hvis Sygdom varede over 2 År, 1215,9 Gm. Hos sindssyge, ikke paretiske Kvinder i det hele var Gennemsnittet 1243 Gm, hos kvindelige Paretikere 1153,9 Gm. — Metoden har bestandig været den, at Hjernen er vejet med de bløde Hinder, og inden den er åbnet, men efter at den i Ventriklerne og Hinderne indeholdte Vædske så vidt muligt er løben fra.

Forf. sammenligner til Slutning sine Resultater med dem, hvortil HEIBERG og MEYER ere komne ved Materialet fra St. Hans Hospital. Disse sidste ere, som det var at vente efter den anvendte Metode — Sideventriklerne åbnede og tømte for deres Indhold, ligesom den serøse Vædske havde fået Tid til at afløbe (i indtil 10 Min.), — noget lavere end Forfs., nemlig 50 Gm for Mændenes og 60 Gm for Kvindernes Vedkommende.

P. D. Koch.

**Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:** BONDESEN: Bidrag til Bedømmelsen af de veneriske Sygdommes Udbredelse i forskellige Lande. — J. KJELLBERG: Några statistiska studier öfver de veneriska sjukdomarna i Sverige. — I. BLÖNDAL: Dr. E. EHLERS's Indberetninger om Spedalskbeden i Island. — EHLERS: Svar til Dr. ISGEIR BLÖNDAL. — H. MÜNTER (Buffalo, N.Y.): Et Tilfælde af Sarkom, helbredet ved Erysi-pelastoxin. — HASLUND: Forevisning af en Patient med multiple kutane Sarkomer.

**BONDESEN: Bidrag til Bedømmelsen af de veneriske Sygdommes Udbredelse i forskellige Lande.** Det Københavnske med. Selskabs Forhandl. 1894—95. S. 93.

En Meddelelse, som kun tager Hensyn til disse Sygdommes Hyppighed i de forskellige Landes Hære, og nærmest til den Hyppighed, hvormed de i den danske Hær ere optrådte i Femåret 1889—1893. Forholdet synes at have været meget gunstigt, således som det fremgår af Sammenligning med Angivelserne fra andre Arméer. Medens der på 1000 Mand i den engelske Armé forekom 212 Tilfælde af veneriske Sygdomme, i den italienske 104, i den østerrigsk-ungarske 65, i den franske 44, i den belgiske 32, fandtes der i den tyske og danske kun henimod 27. Særligt gunstigt stiller Forholdet sig med Hensyn til Syfilis, som kun er set i 10 % af de veneriske Sygdomme, medens den forekom dobbelt så hyppigt i den tyske, 5 Gange så hyppigt i den engelske Armé.

R. Bergh.

**KJELLBERG:** Några statistiska studier öfver de veneriska sjukdomarna i Sverige. Hygien 1895, II, s. 1.

Afhandlingen innehåller, såsom titeln angifver, statistiska studier öfver de veneriska sjukdomarnas förekomst, särskildt riktade på den iktigaste bland dem, syfilis. En historik öfver de veneriska sjukdomarnas förekomst i äldre tider samt öfver anordningar, som träffats mot deras utbredning utgör inledningen; därefter genomgår förf. kritiskt de sedan 1822 om dessa sjukdomar befintliga statistiska uppgifterna, omfattande under den första tiden alla gemensamt, under det att från 1871 dröppeln finnes frånskild såsom särskild sjukdom. Resultatet af undersökningarna åskådliggöres med diagrammer, särskildt för alla veneriska sjukdomar och särskildt för syfilis. Förf. kommer till den slutsats, att *å väl veneriska sjukdomar i allmänhet som särskildt syfilis nu mera vårdas i aftagande mängd å rikets kurhus*, samt att dessa sjukdomar å småningom förlorat terräng å själfva landsbygden och blifvit mera begränsade til de större städerna.

*Sederholm.*

**BLÖNDAL:** Dr. E. Ehlers's Indberetninger om Spedalskheden i Island. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 563.

**EHLERS:** Svar til Dr. Isgeir Blöndal. S. St., S. 641.

Distriktslägen på Island, ISGEIR BLÖNDAL, gör opmärksom på nogle Fejltagelser i EHLERS's Indberetninger, hvilke E. vil reducere til meningsforstyrrende Skrive- og Trykfejl. Imod BLÖNDAL hävder E. Rigtigheden af sine Angivelser med Hensyn til de slette hygiejniske Forhold de fleste Hjem på Island.

*R. Bergh.*

**H. MÜNTER** (Buffalo, N.Y.): Et Tilfælde af Sarkom, helbredet ved Erysipelastoxin. Hosp.-Tidende R. 4, Bd 3, S. 248.

Förf. meddeler en (ufuldständig) Sygehistorie over en 12-årig Pige, på hvem han gjorde Laparotomi for en kolossal Svulst i Underlivet, som måtte lades tilbage, medens der ndtömtes 2 Potter chokoladefarvet Vädske og senere en lignende Mængde gennem Drän. Der indspröjtedes derefter dagligt 1 Gm af en filtreret Oplösning af Erysipelaskulturer på Låret. Svulsten syntes derved efterhånden at nekrotisere, og store nekrotiske Masser ndstödtes under jävn Aftagen af Svulsten. To Måneder efter Operationen blev hun udskreven med en resterende Fistel; der föltes da ingen Svulst. Omtrent en Måned efter indkom hun atter, med Tegn på purulent Infektion. Ny Laparotomi med Udtömmelse af pus og nekrotiserede Masser; atter daglige Injektioner af Erysipelastoxin (nu blandet med bacillus prodigiosus); der opträdte en interkurrerande suppurativ Periostit på venstre Overarm. Tre Måneder efter den sidste Laparotomi var Pat. fuldständigt helbredet. I Henhold til Undersögelsen af nogle af de udstödde Svulstdele antages der at have foreligget et kolossalt Fibrosarkom.

*R. Bergh.*

**HASLUND:** Forevisning af en Patient med multiple kutane Sarkomer. Det kbbvske med. Selskabs Forh. 1894—95, S. 91.

Pat., en 50-årig Mand, havde haft sin Lidelse i 2 År; der syntes også at forekomme Sarkomer bagtil på Tungen. Pat. behandles med subkutane Arsenikinjektioner.

*R. Bergh.*

**Obstetrik och gynekologi.** E. ALIN: Ett fall af hafvandeskap, kompliceradt med cancer ovarii et uteri. — A. V. THORÉN: Trenne fall af supracervikal uterins-exstirpation medels laparotomi för myom. — M. SALIN: Om betydelsen af lifmoderns lägeförändring bakåt. — FR. LEVY: Den operative Behandling af fibroma uteri med särskilt Hensyn til den intraperitonäale Behandling. — C. M. GROTH: Lysols användning såsom antisepticum och K. GRANSTRÖM: Revy öfver litteraturen rörande lysolens och närsläktade ämnens värde och användning såsom antiseptica inom gynekologisk och obstetrisk praxis. — CHR. V. HAVEN: Defloratio et (menstruatio?) metrorrhagia præcox. — HOWITZ: Sngning på Brystvorterne som Behandling af Fibromyom i uterus.

**E. ALIN: Ett fall af hafvandeskap, kompliceradt med cancer ovarii et uteri.** Hygien 1895, II, s. 25.

Fallet har både på grund af dess sällsynthet och de terapeutiska åtgärderna ett mycket stort intresse.

Patienten var 22 år, gift och gravid sedan april 1894. I början af dec. 1894 fick hon symptom af peritonit och ileus. D. 10 dec., då förf. först såg henne, var buken starkt uppdrifven och betydligt ömmande. Fostret i rakläge med ryggen åt vänster; fosterljud tydliga. Till vänster och tätt ofvan lig. Pouparti fans ett hårdt parti af en mindre knytnäfves storlek. Bäckenet utfyldt af en nära till bäckenbotten nedträngande svulst, hvars gräns uppåt var omöjlig att bestämma. Svulsten kändes jämnt rundad och spänd samt fullständigt orörlig. Man antog såsom sannolikast, att myom förelåg, men vid den d. 12 dec. utförda laparotomien visade sig svulsten utgöras af cancer, utgången från det vänstra ovariet. Den exstirperades utan större svårigheter, hvarpå äfven det högra, icke obetydligt förstörade ovariet exstirperades. Från vänstra ovariet hade nybildningen öfvergått på uterus, i hvilken fans en nära barnhufvudstor tumör. Uterus med svulsten och ägget kvarlemnades. Under natten till d. 14 dec. instälde sig värkar, och på morgonen framföddes med lätt extraktion på säte ett macereradt foster. Pat. afled samma dags eftermiddag under kollapssymptom.

*Westermarck.*

**A. V. THORÉN: Trenne fall af supracervikal uterins-exstirpation medels laparotomi för myom.** Hygien 1895, I, s. 537.

I det första fallet, som gick olyckligt, behandlades stumpen enligt SCHRÖDER; i de två sista, lyckligt förlöpande, användes extraperitoneal stumpbehandling.

*Westermarck.*

**M. SALIN: Om betydelsen af lifmoderns lägeförändring bakåt.** Hygien 1894, II, s. 454.

Förf. redogör för sin egen mot de flesta andra gynekologer stridande uppfattning om uteri lägeförändringar bakåt, hvilka han från-

äger all betydelse samt polemiserar starkt mot ett litet föredrag, som offentliggjorts af referenten i *Hygiea* 1894, I, s. 159.

*Westermarck.*

R. LEVY: **Den operative Behandling af fibroma uteri med särskilt Hensyn til den intraperitonäale Behandling.** Det köbenhavnsk med. Selskabs Forhandl. 1894—95, S. 77.

Ved de store Myomoperationer ligger Hovedfaren i Blödningen og Infektionen fra Amputationsstumpen. Ved den extraperitonäale Metode har man på Teknikens nuvärende Standpunkt stor Sikkerhed så vel overfor sekundär Blödning som overfor Infektion fra den öppnade Cervikalkanal. Imidlertid medförer denne Metode en hel Del mere eller mindre alvorlige Ubehageligheter for Patienten, hvilka Forf. kortelig skizzerer. Alle disse Tilfælde undgäes ved at sänka Amputationsstumpen ned i Bäkkenet; men Frykten for Blödning og Infektion har beröret, at man indtil de senaste Tider har holdt fast ved den extraperitonäale Metode. Nu har imidlertid Tekniken också lärt at komma id over dette, og Forf. meddeler 2 Tilfælde, som han har opereret efter den intraperitonäale Metode. I det förste Tilfælde kom Pat. sig hurtigt; men der udviklede sig en Sindssygdöm, måske som Fölge af Indgrebet, hvorom Forf. utdalar sig udförligare. I det andet Tilfælde löde Pat. på 5te Dag af embolia art. pulm. — I bägge Tilfælde hävlar Forf., at den intraperitonäale Metode kirurgisk set har bestäat sin Pröve.

Det her refererede Arbejde fremkom som et Foredrag, holdt i det medicinske Selskab i Köbenhavn. I den påföljande Diskussion fremvävede HOWITZ, at Faren ved Operationen förögedes ved den intraperitonäale Metode, hvilket han närmere sögte at påvisa. Hans Standpunkt var följande: sög så vidt muligt at undgå Operation; nödes man til at operera, sög da at göra Kastration. Er dette umöjligt, benyt da den extraperitonäale Metode, hvis denne kan genneföras, og kun, hvis dette er umöjligt, som ren Nödhjälpen den intraperitonäale. — Overkirurg BLOCH ser på Sagen som Prof. HOWITZ. Han meddeler et Tilfælde, hvor han anvendte den intraperitonäale Metode, men uden Anläggelse af elastisk Ligatur, der efter hans Mening förhalar Operationen; man ved ikke altid bestemt, hvad man har i sin Ligatur; man kan ved den få Ruptur af Veneväggene og Emboli. Operationen varade 81 Minutter, og Pat. overstod den godt. — LEVY replicerer.

*F. Nyrop.*

C. M. GROTH: **Lysols användning såsom antisepticum** — och

K. GRANSTRÖM: **Revy öfver litteraturen, rörande lysolens och närsläktade ämnens värde och användning såsom antiseptica inom gynekologisk och obstetrisk praxis.** *Hygiea* 1895. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 20.

GROTH redogör för resultatet af användningen af lysol såsom antisepticum vid Södra barnbördshuset under loppet af de sista 2½ åren och förordar på grund af det goda resultatet (= 0 dödsfall i barnsängsfeber) medlets användning i obstetrisk praxis.

GRANSTRÖM anknyter till detta föredrag en tämligen utförlig revy öfver literaturen, beträffande lysolens användning.

*Westermark.*

CHR. v. HAVEN: **Defloratio et (menstruatio?) metrorrhagia præcox.**  
Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 685.

En stark Blödning fra et 5½-årigt Pigebarns genitalia opstod som Følge af gentagne Gange ceberet coitus med en 9 årig Dreng. Undersøgelsen viste en tydelig Udrivning af hymen. Drengen, som var hjemmehörende i Köbenhavn, var anbragt i Pleje hos Pigebarnets Forældre.

*Ax. Ulrik.*

HOWITZ: **Sugning på Brystvorterne som Behandling af Fibromyomer i uterus.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 697.

Utilfreds med vor nuværende Behandling af Fibromyomerne ad storkirurgisk Vej, henviser Forf. til den mærkværdige connex, der findes mellem mammæ og uterus. Han nævner i Korthed en Del Fænomener, der observeres som Følge af denne connex, og den Tanke er opstået hos ham, om det ikke skulde være muligt og rimeligt at benytte dette Forhold i kurativ Henseende. En særlig Impuls fik han ved følgende Observation: Han fik omtrent samtidigt to Patienter under Behandling, der bægge havde store intramurale Fibromyomer; bægge bleve gravide, bægge vare halvgamle primiparæ; bægge gik deres Tid ud, bægge bleve forløste med Tang med levende Barn, og bægge overstode Puerperiet godt. Den ene gav sit Barn rigelig Dæ, og omtr. 4 Måneder efter Fødselen var hendes Fibrom helt svundet bort. Den anden derimod havde strax kun lidt Mælk, og hun gjorde intet for at befordre Sekretionen. Barnet fik kunstig Ernæring; men Moderens Fibrom holdt sig uforandret. Forf. har nu i en lille Række Tilfælde (7) forsøgt Sugning af Vorterne som kurativt Middel. Der meddeles korte Sygehistorier. Hos 4 kom der Mælk i mammæ, hos 1 endog rigeligt. Lige overfor tumor og Blødningerne viste der sig enten en Bedring eller en Standsning af Proessen, hos ingen nogen Forværrelse. Hos 3 aftog tumor i Størrelse. Forf. mener, at alle Tilfældene vare ret uheldige til at begynde en ny Metode på, og at Kuren har varet for kort Tid. Sugningen på Vorterne har varet meget ringe og kortvarig i Sammenligning med Barnets Sugning ved rigtig Diegivning. Forf. har fået det Indtryk, at Istandbringelsen af Mælkeafsondringen var et godt Tegn.

*F. Nyrop.*



**Pediatrik:** OTTO LENDROP: Om spondylitis i de överste Hals-hvirvler i Barnealderen.

OTTO LENDROP: Om spondylitis i de överste Hals-hvirvler i Barnealderen. Hosp.-Tidende. R. 4, Bd 3, S. 745, 772, 801, 825.

Som Grundlag för Afhandlingen har Forf. benyttet en Sammenstilling af 10 Tilfælde af denne Sygdom, behandlede på Dronning Louises Hospital. Samtidig med et historisk Overblik gennemgår han Sygdommens Symptomer, Årsagsforhold m. m. og omtaler her, i Mod-sætning til Sænkningerne ved spondylitis, tillige den idiopatiske Retro-aryngealabsces. Diagnosen kan på dette Punkt frembyde Vanskeligheder. Prognosen er dårlig. Behandlingen bestod i det væsentlige i Imobilisation og Distension af de syge Dele. Når Barnet senere iden Smerter kan sidde oppe og bære Hovedet, da en Støttebandage.

*G. G. Stage.*

**Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:** FREDRIK ZACHRISSON: Om kloroform-eternarkosen, dess teknik, akeidenser och efterverkningar. — Till frågan om narkosernas skadliga efterverkningar. — CHRISTENSEN, FLÖYSTRUP, PETERSEN og RÜTZOU: Kommentar til Pharmacopoea Danica 1893. — A. RAHLFF: Nogle Bemærkninger om Signaturen på Lægemidler.

FREDRIK ZACHRISSON: Om kloroform-eternarkosen, dess teknik, akeidenser och efterverkningar. Upsala läkareför. förhandl., bd 30.

— — — — Till frågan om narkosernas skadliga efterverkningar. Hygiea 1895, s. 569.

I den förra af dessa uppsatser meddelas först en öfversikt öfver mortalitetsstatistiker vid olika narkosformer. Af denna framgår bl. a., att medan vid bruk af kloroform inträffat 1 dödsfall på omkr. 3,000 narkoser, vid användning af eter däremot förekommit blott 1 dödsfall på öfver 15,000 narkoser. Efter en blick på literaturen angående de olika arterna af narkoser öfvergår forf. till en skildring af kloroform-eternarkosens utförande vid prof. LENNANDERS klinik å akademiska sjukhuset i Upsala. Noggrant skildras de symptom, som tillåta slutsatser angående narkosens djup, behovet af ökad mängd bedöfningsmedel samt möjliga faror.

Vid hvar och en af 317 narkoser med en medelduration af 50 minuter hafva åtgått i medeltal 5 kem. kloroform (i början) och omkr. 140 kem. eter. Åtgången per minut var minst hos barn och åldringar, särdeles hög för 40—50-åringar (många potatorer?). Beträffande komplikationer vid narkoserna hafva (af 255 sådana) 37½ % förlupit idealt.

Excitation har förekommit i  $6\frac{1}{4}$  % af fallen (17 af 272), kräkning har uppstått under narkosen i 16,8 %, samt efter den samma i 25,7 %, mera ihållande sådana i 19 % af fallen. Stark salivation framhålles såsom vanligare vid eter- än vid kloroformnarkos, tremor såsom en sällsynt komplikation. Afyxi har, sedan eternarkoserna införts, varit mycket sällsynt, och det är tvifvelaktigt, om man någon enda gång under de 5 år, som eternarkosen användts, vid denna behöft anlita artificiell respiration. Hjärtsvaghet under eternarkos har iakttagits i 8 fall (af 272), dock utan att medföra exitus letalis; i flere af dessa fall torde dock blodförlust och dylikt hafva understödt eterens värkan på hjärtat.

Frågan om kloroform-eternarkosens skadliga efterverkningar egnas äfven ett kapitel, hvarvid särskildt uppmärksammas förekomsten af fettdegeneration, lungaffektioner samt albuminuri och cylindruri. På fettdegeneration af nämnda orsak känner förf. ej exempel. Lungaffektioner hafva naturligen förekommit efter kloroform-eternarkoser (i 58 fall sedan nämnda metod infördes 1889), men dessas beroende af etern (föroreningar i denna) torde vara svårt att utreda. Egendomligt är i det hänseendet, att, medan antalet bronkopneumonier, bronkiter och lungödem förblifvit ungefär det samma som under kloroformtiden, mängden krupösa pneumonier betydligt ökats under etertiden. Beträffande eternarkosernas värkan på njurarna hänvisas till förf:s uppsats i Hygiea (se nedan). Slutligen egnas några betraktelser åt indikationer för och kontraindikationer mot kloroform-eternarkos. Förf. anser, att etern bör intaga platsen såsom hufvudanestetikum, dock utan att därför bruket af *öfriga* anestetica uteslutes.

I sin uppsats uti Hygiea behandlar förf. först den s. k. sena kloroformdöden. Efter en öfversikt af literaturen i frågan meddelar förf. 5 fall från Serafimerlasarettets kirurgiska klinik (från perioden 1890—94), vid hvilka kloroformen haft en mer eller mindre betydande skuld i den dödliga utgången, samt epikritiska anmärkningar öfver dessa. Därefter öfvergår förf. till frågan om albuminuriens frekvens och art efter kloroform- och kloroform-eternarkoser. Detta kapitel stöder sig på en statistik, som meddelas i tabellform i slutet af uppsatsen, omfattande 100 fall af kloroformnarkoser, undersökta af förf., samt 94 fall af kloroform-eternarkoser, undersökta af med. kand. OSKAR ANDERSSON. Den förra gruppen af fall är hemtat från Serafimerlasarettets kirurgiska klinik, hvarest kloroform mest användes, den senare från kirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Upsala, där kloroform-eternarkosen är mest i bruk.

Patienternas urin har undersökts före och efter narkoserna på äggvita med HELLERSKA och kokningsproffen, på cylindrar efter grundlig centrifugering, af och till äfven på reducerande substans, som ej sällan anträffades efter längre kloroformnarkoser, ej efter kloroform-eternarkoser, om ej större mängder kloroform brukats. Urinens stora rikedom på urater efter narkoserna påpekas. Efter en blick på de felkällor, som kunna vidlåda undersökningar af detta slag (s. k. fysiologisk albuminuri, stark excitation och muskelansträngning, asfyxi eller starkare

blödning, jodoform, sublimat och temperaturstegringar kunna orsaka albuminuri, oberoende af anestetica), öfvergår förf. till en redogörelse för undersökningsresultaten.

Vid *föret normal urin* och kloroformnarkos har tillfällig albuminuri uppträdt i omkr. 41 % af fallen, vid kloroform-eterarkos i omkr. 18½ %; cylindruri åter efter kloroform i 50 %; efter kloroform-eter i omkr. 15 %. Ju längre narkosen räckt, desto större är procenten af albuminurifall. I fråga varande patologiska produkter hafva särdeles ofta anträffats i urinen från patienter, som efter operationen plågats af äckel, kräkningar och hufvudvärk, samt varit starkast utpräglade under första dygnet efter operationen. I fall, där albuminuri och cylindruri förefunnits *före* narkoserna, har dessas intensitet ofta tillfälligtvis ökats genom kloroformering, mera sällan genom eterisering. I 6 fall, som särskildt anföras (5 med kloroform, 1 med kloroform-eter), synas anestetica hafva orsakat dödande nefrit eller så förvärrat en bestående sådan, att exitus letal. däraf följt. I samband härmed behandlas frågorna, huruvida efter narkosernas inträdande ieterus samt blödningar kunna anses orsakade af kloroform. Slutligen belyses spörsmålet om orsakerna till kloroformens och eterens skadliga inverkan på njurarua, hvilka anses vara:

1) En näringsrubbnig af njurepitelet. förorsakad af minskad blodtillförsel vid isehemi eller sänkt blodtryck.

2) En giftvärkan af kloroformen och eteren eller dessas omsättningsprodukter på njurepitelet.

Om dessa inflytelser leda till nekros af epitelet i tubuli contorti och recti, inträder cylindruri.

Särskild behandling af den i de allra flesta fall efter några dagar öfvergående njuraffektionen torde i allmänhet icke vara behöflig. Efter långvariga narkoser rekommenderar dock förf. att ge subkutana koksaltinfusioner för att ersätta förlorad blodvätska, höja hjärtarbete och blodtryck samt befordra lymfström och diures, hvaraf ett hastigt aflägsnande af giftiga produkter ur organismen kan väntas blifva följden.

C. G. Santesson.

CHRISTENSEN, FLÖYSTRUP, PETERSEN og RÜTZOU: **Kommentar til Pharmacopoea Danica 1893.** Köbenhavn 1895 (Hagerup). 1—3 Häfte.

Giver med Pharmacopoea Danica's Text som Grundlag en Beskrivelse af Fremstillingsmåden og Oprindelsen af Präparaterne, deres Prøvelse, Førfalskninger, Anvendelse i Lægekunsten, Dosis samt de vedtagne Bestemmelser om Udlevering og Salg.

Chr. Gram.

A. RAHLFF: **Nogle Bemærkninger om Signaturen på Lægemidler.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 585.

Forf. anker over, at Apotekere undlade at skrive Receptformler på Signaturen til Trods for, at Recepten lyder: d. s. formeln et — — —. Han gör opmärksom, at denne Signatur dels har stor Betydning med Hensyn til Sikring mod Fejlexpedition, og dels giver den Oplysning om, hvad Patienterne bruge i Tilfælde, hvor Lägen tilkaldes til en Kollegas Patient.

Chr. Gram.

**Riftsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi:** MICH. LARSEN: Hippokrates og Virchows »anatomiske Tanke». — CARL LORENTZEN: Om Tilgangen til Lægestanden. — Den almindelige danske Lægeforenings 23:de Møde i København den 29 og 30 Aug. 1895. — H. P. ØRUM: Medicinalkort over Danmark. — CHR. TRYDE: Årsberetning om Sundhedstilstanden i København for 1894. — G. BENCKE og A. GOLDSCHMIDT: Hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg og Hvidovre Sogne. — G. BENCKE: Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg Sogn. — G. BENCKE: Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Hvidovre Sogn. — J. G. DITLEVSEN: Bemærkninger om de sanitære Forhold i Gentofte og Brønshøj Sogne. — N. J. STRANDGAARD: Sygeligheds- og Dødelighedsforholdene i Sundbyerne på Amager. — J. CARLSEN: Nogle Bemærkninger om Forholdet mellem Hovedstaden og dens Nabokommuner i sanitær Henseende. — G. MAGNUSSON: Tuberkulose på Island.

MICH. LARSEN: **Hippokrates og Virchows »anatomiske Tanke»**. Hosp. Tid. R. 4, Bd. 3, S. 876.

VIRCHOWS Foredrag ved den internationale Lægekongres i Rom: »Morgagni und der anatomische Gedanke» gör Forfatteren ud fra et hippokratisk Grundsynspunkt til Genstand for nogle kritiske og polemiske »Randbemærkninger». Mod VIRCHOWS eksklusive patologisk-anatomiske Lokalpatologi hävder han den fulde og udstrakte Berettigelse af Begrebet »Allgemeinrankheiten» og af den hippokratiske Betragtning af Organismen som en virkelig Mikrokosme. Han gör gældende, at den moderne Bakteriologi har rehabiliteret den gamle Humoralpatologi med dens Dyskrasi, Lokalisation og Vikariation, dens udprægede vis medicatrix og Feberen som et af dennes fornemste Hovedmidler, i diametral Modsætning til Lokalpatologiens »barbariske Feberdogme». Han ender med et Angreb på den fra de store Farvefabriker ndstrømmende »ustandselige Giftström» og den deraf udviklede Polyfarmaci, på Alkoholterapien og anden efter Forfatterens Anskuelse ueheldig stimulerende og kun tilsyneladende styrkende Behandling.

*Jul. Petersen.*

CARL LORENTZEN: **Om Tilgangen til Lægestanden**. Ugeskr. f. Læger. R. 5, Bd. 2, S. 802.

I Anledning af en Udtalelse af Dr H. P. ØRUM, i Følge hvilken det nu mere end tidligere skulde være »de mindre bemidlede og des værre også mindre dannede Samfundslag, som vælge Lægestillingen som Livserhverv for deres Børn», undersøges dette Spørgsmål for de sidste 25 Års Vedkommende, navnlig ved Hjælp af det i »den danske Lægestand» tilgængelige Materiale. En statistisk Undersøgelse af dette viser nu ganske vist en ringe Stigning i Tilgangen til Lægestanden fra de mindre dannede Lag; men denne Stigning findes kun for de sidste 5 Års Vedkommende og er så ringe, at den kan være ganske tilfældig. En nærmere Undersøgelse viser, at, medens Tilgangen af Lægesønner omtrent holder sig konstant, er Tilgangen af Præstesønner afgjort af-

tagende, Tilgangen af Bøndersønner derimod afgjort tiltagende, nemlig fra 4,4 % i 1871—75 til 10,4 % i 1891—95; samtidig er inidlertid Tilgangen fra de andre mindre dannede Klasser falden fra 16,1 til 12,3 %.

A. Ulrik.

**Den almindelige danske Lægeforenings 23de Møde i København den 29 og 30 Aug. 1895.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd. 2, S. 817.

Lægeforeningens Møder ere Fortsættelse af de såkaldte Provincial-lægemøder, som afholdtes i Roskilde i Årene 1846—1856. Den almindelige danske Lægeforening begyndte sine Møder i 1857; de afholdtes i Begyndelsen årlig, fra 1863 af kun hvert andet År. Mødestedet var først afvexlende Korsør eller Århus, fra 1867 af også andre Byer; København har kun én Gang før (1871) været Mødested. Lægeforeningens Medlemstal er nu steget til 837.

Ax. Ulrik.

H. P. ORUM: **Medicinalkort over Danmark.** København 1895. 65 S. og Kort.

Kortet indeholder Grænseangivelser for Fysikater og Lægedistrikter, Stedbetegnelser for Sygehuse og Apoteker, Angivelser af Opholdsteder for Fysici, Distriktslæger og praktiserende Læger. Det er ledsaget af Fortegnelser over Landets Inddeling i Fysikater og Lægedistrikter, Embedslæger (militære og civile), praktiserende Læger, Sygehuse og Apoteker, samt Folkemængden i hvert af Landets Sogne.

Ax. Ulrik.

CHR. TRYDE: **Årsberetning om Sundhedstilstanden i København for 1894.** København 1895. 22 S. + Tab.

Københavns epidemiske Sygelighed har i 1894 været kendelig mindre end i 1893 og svarende til Gennemsnittallet for de sidste 17 År, nemlig 165 på 1000 Indbyggere. — Af *variola* indtraf i Årets Begyndelse en lille Epidemi med i alt 21 Tilfælde. — Af *Dysenteri* indtraf 6 Tilfælde, hvoraf de 4 indførtes fra Udlandet ad Søvejen. — Af *tyfoïd Feber* forekom 362 Tilfælde (i 1893 255) med 22 Dødsfald; Forplantelse ved personlig Smitte kunde hyppig påvises. — Af *scarlatina* 5428 Tilfælde med 227 Dødsfald; den i 1893 begyndte Epidemi kulminerede i Årets første Måned, og Udbredelsen var større end nogen Sinde tidligere iagttaget. — Af *Difteri* (og *Krup*) indtraf 3339 Tilfælde (forrige År 3135) med 320 Dødsfald; Dødeligheden af denne Sygdom er siden 1891 i Nedgang. — *Morbilli* havde en ret betydelig Udbredelse, 5182 Tilfælde med 145 Dødsfald. — Af *epidemisk Cerebrospinalmeningit* 12 Tilfælde med 4 Dødsfald. — *Influenza*, som havde kulmineret i December 1893, tabte sig i de følgende 3—4 Måneder, men blussede atter op i Efterårsmånederne; i alt anmeldtes 8848 Tilfælde med 136 Dødsfald. — *Kolerine* havde en forholdsvis ringe Udbredelse; der anmeldtes i Årets Løb 6000 Tilfælde. — Af *veneriske Sygdomme* anmeldtes 5887 Tilfælde (Gonorré 4051 Tilfælde, ulc. ven. 658, Syfilis 1178 (mod 6093 i det foregående År).

Antallet af levendefødte Børn var i 1894 10064, d. e. 30,38 p. m., Antallet af Dødsfald 6378, d. e. 19,25 p. m. I Aldersklassen 0—1 År døde 1775, d. e. henimod 18 % af de levendefødte, deraf 562 på

2217 Fødsler udenfor Ägteskab. Der fødtes 254 dødfødte Børn. — Af de døde hørte 189 ikke til Stadens Befolkning; fradrages disse, reduceres Dødelighedskvotienten til 18,7 p. m. På Hospitalerne døde 2196, d. e. 34 % af samtlige døde. — Af epidemiske Sygdomme — inkl. Pnevmoni — døde 1386, af Alkoholisme 30, Tuberkulose 765, cancer 432, Apoplexi 194, mh. cordis 323, suicidium 123, alia viol. mort. causæ 106, marasmus senilis 201, atrophia infant. 213.

Foruden Oplysningerne om Sundhedstilstand og Befolkningsforhold (beregnet efter Folketælling af 1 Febr. 1895) indeholder Årsberetningen Meddelelser om den kongelige Vævningsskole, om Karantænevæsenet, om Tilsynet med Plejebørn, om de i Sundhedskommissionens Laboratorium foretagne Undersøgelser samt summarisk Opgørelse af Kredslægernes Virksomhed.

*Ax. Utrik*

G. BEHNCKE og A. GOLDSCHMIDT: **Hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg og Hvidovre Sogne.** Tidsskrift for Sundhedspleje. R. I. Bd. 4, S. 165.

Sammendrag af G. BEHNCKES Artikler om samme Ämne i Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2.

*Ax. Utrik*

G. BEHNCKE: **Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Frederiksberg Sogn.** Ugeskr. f. Læger. R. 5, Bd 2, S. 601, 625, 649.

Folketallet i Frederiksberg var  $\frac{1}{2}$  95: 56076 (i 1860 kun 8164); Tilvæksten betinges væsentligst af Indvandringsoverskuddet, som i de sidste 5 År var mellem 3 og 4 Gange så stort som Fødselsoverskuddet. Med Hensyn til den sanitære Administration, Ordningen af Bygningsvæsenet, Aføbsforholdene, Nat- og Dagrenovationen gælde i Frederiksberg lignende Bestemmelser som i den øvrige Del af Hovedstaden. Kødkontrol er indført fra 1 April 1895. Vandforsyningen er god og rigelig og sker dels fra et kommunalt Vandværk, dels fra et privat og kun enkelte Steder i den yderste Del af Landdistriktet ved Brøndby. Frederiksberg Kommunehospital har 86 Pladser med 700—750 Kubikfod Luft for hver Sæng; en Ombygning er under Overvejelse. Til Optagelse af Patienter med Kolera, Kopper o. lign. findes i Landdistriktet et Epidemihospital »Flintholm«. Desuden findes i Sognet Københavns Amtssygehus med Plads til 130—176 syge fra hele Amtet og Diakonissestiftelsens Hospital til 80 syge fra hele Landet. I Tiåret 1885—94 fødtes i Frederiksberg Sogn 13497 Børn, hvoraf 296 (2.2 %) dødfødte og 851 (6.3 %) nægtfødte; i samme Tidsrum døde 9144, og sættes Gennemsnittet af Folketallet for disse ti År til 45650. bliver den årlige Dødsprocent omt. 2, Fødselsprocenten 2,95. I 1885—89 anmeldtes 5766 epidemiske Sygdomstilfælde (13,23 % af Befolkningen). i 1890—94 9758 Tilfælde (19.48 %); Tilvæksten skyldes til Dels Influenzaeu. Denne Sygdoms Udbredelse var størst i 1891 (anmeldt 4757 Tilfælde = 95,1 p. m. af Befolkningen); men dens Intensitet var stærkest i 1893 (113 Døde = 2,13 p. m. af Befolkningen). Af tyfoid Feber indtraf 1885—94 390 Tilfælde (1885—89 gennemsnitlig årlig 29 = 0,66 p. m., 1890—94 årlig 49 = 0,94 p. m. af Befolkningen) med 48 Dødsfald. Af Tuberkulose døde 1885—94 1176 eller 2.35

p. m. af Befolkningen. Dødeligheden af Kolerine (12 af 10000) var større end Provindsbyernes (9 af 10000), men dog mindre end Köbenhavns (15 af 10000).  
A. x. *Ulrik.*

**G. BEHNCKHE: Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Hvidovre Sogn.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 721, 735

Sognet er beliggende Sydvest for Köbenhavn og Frederiksberg og har 4937 Indbyggere, hvoraf 3797 i den til Dels köbstadslignende By Valby. Tilvæksten har siden 872, da Sognet havde 2665 Indbyggere, været meget betydelig, nemlig 85 % eller 3,87 % årlig. En Sundhedsvedtægt af <sup>8</sup> 12 1885 med Tillæg af <sup>23</sup> 4 1894 giver Sundhedskommissionen fornøden Myndighed til at gennemføre Forbedringer. Valby har lukket Kloakledning; Renovationen besørjes efter Tøndesystemet. Vandforsyningen sker endnu ved Brønde; men et Vandværk påtænkes anlagt. I Tiåret 1885—94 fødtes 1416, hvoraf 44 (3,1 %) dødfødte og 116 (8,2 %) uægtefødte; i samme Tidsrum døde 1025, og regnes Gennemsnitsbefolkningen i disse 10 År til 4454, bliver den årlige Dødsprocent 2,3, Fødselsprocenten 3,1. Tabellariske Lister over den epidemiske Sygelighed og Dødelighed (navnlig af Diffterit, Krup, tyfoid Feber, Kolerine og Tuberkulose) vise, at Sognet er ret uheldig stillet i Sammenligning med Nabosognene, og dette står utvivlsomt i Forbindelse med den mangelfulde Vandforsyning, da det ikke sjældent sker, at Vandet i Brøndene om Sommeren slipper op. A. x. *Ulrik.*

**J. G. DITLEVSEN: Bemærkninger om de sanitære Forhold i Gentofte og Brønshøj Sogne.** Tidsskrift f. Sundhedspleje, R. 1, Bd 4, S. 188.

*Gentofte Sogn*, som ligger Nord for Köbenhavn, har som Følge af Hovedstadens Indvirkning flere Villakvarterer og i den sydøstlige Del et rigtbebygget Kvarter: Hellerup. Folkmængden er nu omtr. 9400; i 1870 var den 4158, i 1801 kun 1962. En Sundhedsvedtægt af September 1890 har særskilte strængere Bestemmelser for de tætbebyggede Dele af Sognet i Modsætning til dettes rent landlige Dele. Afløbsforholdene ere fortrinligt ordnede ved Hjælp af betydelige Systemer af lukkede Rørledninger. Antallet af levendefødte er i det sidste Tiår 26,4 for hvert Tusinde Indbyggere; Dødeligheden er lidt over 16 p. m., omtrent som i Östifternes samtlige Landdistrikter. Blandt Dødsårsagerne har tyfoid Feber kun forsvindende Betydning. Derimod nærmer Dødeligheden af Kolerine sig til Köbenhavns; af Børn under et År døde 1885—94 af 1000 levendefødte 34,6 af denne Sygdom.

*Brønshøj Sogn* Nordvest for Köbenhavn er væsentligt et Landsogn, i hvilket dog et stærkt bebygget Rykvarter, kaldet Utterslev Mark, med en betydelig Arbejderbefolkning, skyder sig ind. Folkemængden var i 1890: 4812 (i 1801 kun 834). Sundhedsvedtægt af 1885 med Tillæg af 1892 indeholder særlige Bestemmelser for de tættere bebyggede Dele af Sognet; lukket Afløb kan i Følge den indføres ved Sognerådets Beslutning. Antallet af levendefødte er for den bylgende Del af Sognet (udskilt under Navn af S:t Stefans Landsogn) højere end i Köbenhavn, i de sidste 5 År 44,1 for hvert Tusinde Indbyggere, men langt lavere for Landdistriktet: 14,3 p. m.; Dødeligheden er derimod for først-



nævnte og sidstnævnte Del af Sognet henholdsvis 27,8 og 17,1 p. m. Dødeligheden af Kolerine var 1891—94 i S:t Stefans Landsogn 90,3 af 1000 levendefødte inden et Års Alderen, i den øvrige Del af Brønshøj Sogn 50,1 af 1000; i København var det tilsvarende Tal 1890—93: 41,8, i Provinsköbstäderne kun 26,9. *Ax. Ulrik.*

N. J. STRANDGAARD: **Sygeligheds- og Dødelighedsforholdene i Sundbyerne på Amager.** Tidsskr. f. Sundhedspl., R. 1, Bd 4, S. 213.

Sundbyerne (d. e. Sundbyvester og Sundbyøster) ere i Löbet af omtr. 30 År voxede op til en ret betydelig Forstad for København. Folkemængden, som i 1860 var 4610, er nu i 1895: 15499. Tilvæksten var i 1890—94 3,3 % årlig, væsentligst betinget ved Fødselsoverskuddet. Sundhedsvedtægten skriver sig fra 1861 og er forældet. Vandforsyningen sker ved Brønde med slet og utilstrækkeligt Vand; der synes nu at være nogen Udsigt til at opnå Forsyning fra Københavns Vandværk. Afløbsforholdene ere slette på Grund af manglende Fald. Gaderne ere med Undtagelse af Hovedgaden ubrolagte. En stor Svovlsyrefabrik, «Fredens Mölles Fabriker», er ved sine Uddunstninger til stor Plage for Beboerne, og Bestræbelserne for at få den standset have ikke fundet Støtte hos Justitsministeriet. Dødelighedskvotienten var i 1880—89 gennemsnitlig årlig 27,7 p. m., en efter danske Forhold usædvanlig høj Dødelighed. Af de epidemiske Sygdomme var Sygeligheden af tyfoid Feber i Årene 1889—93 over dobbelt så stor, af Kolerine i det samme Tidsrum henimod dobbelt så stor som i den tilgrænsende københavnske Bydel Kristianshavn. Størst Udbytte for Sundhedstilstanden vil kunne ventes af en radikal Forbedring af Drikkevandsforsyningen.

*Ax. Ulrik.*

J. CARLSEN: **Nogle Bemærkninger om Forholdet mellem Hovedstaden og dens Nabokommuner i sanitær Henseende.** Tidsskr. f. Sundhedspl., R. 1, Bd 4, S. 230.

Befolkningen i Københavns Nabokommuner kan nu i 1895 anslås til omtr. 93000; de ere siden Århundredets Begyndelse voxede til det 14—15-dobbelte, medens selve Byen kun er voxet til det 3-dobbelte. En Inkorporation i Hovedstaden vil i en ikke fjærn Fremtid blive en Nødvendighed, og allerede nu er en samlet Plan for Bebyggelsen og for de hygiejniske Vedtægter i disse Kommuner ønskelig, så meget mere som mellem Halvdelen og Tredjedelen af deres Befolkning tilhører Arbejderklassen. På Grund af den stadige Vexelvirkning med Hovedstaden har det stor Betydning, at den summariske Dødelighedskvotient i det sidste Tiår har været lige så stor som eller større end i denne, vist nok hovedsagelig på Grund af derværende mindre gunstige hygiejniske Forhold.

*Ax. Ulrik.*

G. MAGNUSSON: **Tuberkulose på Island.** Hosp. Tid., R. 4, Bd 3, S. 483.

I Modsætning til de tidligere Angivelser mener Forf., at Tuberkulose nu til Dags ingenlunde er sjælden på Island. Han har i 2½ År behandlet 34 Patienter med Lungetuberkulose og 9 Patienter med ossøs og artikulær Tuberkulose.

*S. Borch.*



**Berättelser från sjukvårdsanstalter:** Foreningen »Det röde Kors's» 19:de Årsberetning. — Beretning om Kong Frederik den VII:des Stiftelser för hjälplöse och forladte Pigebörn, isär af Almuen, för Året 1894. — Beretning om Polikliniken i Köbenhavn för ubemidlede. — R. BERGH: Vestre Hospital i 1894. — HÅSLUND: Kommunehospitalets 4:de Afdel. i 1894. — Kysthospitalet på Refsnäs. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt 1 Januar—31 December 1894.

**Foreningen »Det röde Kors's» 19:de Årsberetning.** Köbenhavn 1895. 28 S.

Antallet af Sygeplejersker er 51, af hvilke 5 ere anbragte ved Sygehuse og Kliniker, 46 ved privat Sygepleje; af disse sidste udförtes 11812 Vagter i 353 Plejer, hvoraf 284 i Köbenhavn og Omega, 69 i Provinserne og i Udlandet. Ved Filialforeningen i Århus haves desuden 17 uddannede Sygeplejersker, af hvilke 8 ved Sygehuse og 9 ved privat Sygepleje. Et Legat på 15000 Kr. efter afdöde Overkirurg V. HOLMER er tilfaldet Foreningen. Bestyrelsen har köbt en Villa på Frederiksberg, som under givne Forhold kan indrettes som Lazaret, men foreløbig agtes anvendt til en kirurgisk-gynäkologisk Klinik, hvor Foreningens Sygeplejerskeelever kunne få den förste Uddannelse.

*Ax. Ulrik.*

**Beretning om Kong Frederik den VII:des Stiftelser för hjälplöse och forladte Pigebörn, isär af Almuen, för Året 1894.** Köbenhavn 1895. 19 Sider.

Antallet af Stiftelsens Plejebörn var som det foregående År 363, deraf 338 på Opdragelsesanstalten på Jägerspris, hvor de ere fordelte på 15 normale Afdelinger hver med 20 Börn, Fasangårdens Afdeling med 18 mindre Börn, Landbrugsafdelingen og Kogeskolen med henholdsvis 12 og 8 äldre Börn. Desuden havde 13 Plejebörn Ophold i 4 köbenhavnske Börnehjem og 12 konfirmerede Plejebörn vare anbragte som Lärlinge hos Landbrugere för at uddannes i Tyendegerning.

I Årets sidste Halvdel hjemsögtes Stiftelsen af en Skarlagensfeber-epidemi, som angreb 41 af Börnene. Foruden disse behandledes 42 Börn og 7 tidligere Alumnier; af disse sidste döde 2. Sygedagenes Antal 5312.

*Ax. Ulrik.*

**Beretning om Polikliniken i Köbenhavn för ubemidlede.** Hosp. Tidende R. 4, Bd 3, S. 900.

Institutionen har i det forlöbne År (1894) haft en rigelig Tilgang af bidragydende, og det årlige Tilskud af Sparekassen för Köbenhavn er föröget fra 1000 til 1500 Kr. Foruden de 4 faste Assistentter besluttedes det at oprette Pladser för ulönnede Assistentter för at knytte yngre Kräfter til det daglige Arbejde; fra 1:ste Jan. 1895 ere 7 sådanne frivillige Assistentposter besatte med yngre medicinske Kandidater.

Patientantallet var i 1894 14597. Af disse behandledes 2307 för medicinske Sygdomme, 2750 för Öre-, Hals- og Näsesygdomme,

1730 for Børnesygdomme, 1676 for Öjensygdomme, 1884 for Tandsygdomme, 1838 for kirurgiske Sygdomme, 1428 for Hudsygdomme, 602 for Nervesygdomme, 305 for Kvindesygdomme og 77 for ortopædiske Sygdomme (4718 Mænd, 5307 Kvinder, 4572 Børn). Forelæsninger og Övelser afholdtes som sædvanlig. *A. Ulrik.*

R. BERGH: **Vestre Hospital i 1894.** Beretning om Kommunespít., Öresundshospít., Blegdamshospít. og Vestre Hospital i Köbenhavn for 1894. Köbenhavn 1895. S. 231 (Särtryk).

BERGH leverer sin sædvanlige Årsberetning fra Vestre Hospital. På sammes to Afdelinger behandledes i 1894 i alt 1 696 (937 + 759) Individuer; intet Dödstilfælde. Antallet af *offentlige Fruentimmer* var ved Enden af Året kun 567. Söstaden Köbenhavn har ved en (Nabokommunerne medreguede) Befolkning af 408 000 Individuer i 1894 kun haft 686 Fruentimmer praktiserende som offentlige. Denne offentlige Prostitution leverede 1 070 Indlæggelser af i alt 382 forskellige Fruentimmer. I Overensstemmelse med Hospitalets årlange Erfaringer ere de privatboende indlagte mindre hyppigt (438 Indlæggelser på 248 Individuer) end de i (35) Bordeller kasererede (632 Indlæggelser på 133 Individuer), således som nærmere detaljeret. — Fra den anden, for den *hemmelige Prostitution* reserverede Afdeling udskreves i År 692 Individuer. — De respektive Ejendommeligheder ved de på de to Afdelinger forekommende Affektioner specificeres; Sjældenheden af de *pseudoveneriske* Affektioner på den anden Afdeling, Hyppigheden af *Vulviter* på denne i Modsætning til den første Afdeling (24 : 1), ligeledes af *Vaginit* (27 : 0) samt af *Kondylomer* (31,5 : 5,2 %); også *syphilis* forekommer hyppigere (110 : 75) og især første Udbrud af samme (77 : 26).

De forskellige Kategorier af de *pseudoveneriske Affektioner* specificeres med samt den forskellige Hyppighed af dem på de to Servicer. Den *genitale herpes* forekom på første Afdeling hos 85 Individuer, hos de 74 af *menstruel* Natur; på den anden Afdeling sås sådan hos 81 Individuer, hos de 63 *menstruel*. Herhen hörer også Flertallet af de *genitale Papler*, som hos de 30 af de i alt 39 Tilfælde måske dog vare post- eller parasyfilitiske. Det samme gælder måske også de 10 af de i alt 19 Tilfælde af *epitheliosis oris*. Dernæst omtales de simple *lokale professionelle genitale Läsioner* og endelig forskellige Tilfælde, som kun stode i fjærnere Forbindelse med deres Levevis eller endog ikke afhænge af samme (Fladlus, Lus, scabies, Mykoser o. a. Hudsygdomme m. m.). Hyppigheden af en *nosokomial katarralsk angina* udhæves (88 Tilfælde).

Af de *veneriske Katarrer* var *Uretriten*, som sædvanligt, den hyppigst forekommende. Med *Vulvit* indlagdes 25 Individuer, med *Vaginit* (sædvanligvis ikke af gonorroisk Natur) 27. En virkelig Liden af det *vulvo-vaginale Kirtelapparat* sås hos 133 (51 + 82) Individuer, hos 52 alene på højre, hos 48 alene på venstre og hos 33 på bægge Sider. Udflodet var hos de 86 purulent, hos 23 hvidligt og hos 4 honningagtigt. Hos 21 forekom Abscesdannelse, hos 8 stærkt stinkende. Kun hos 3 fandtes Svulst af *Lyskeglandlerne*. Behandlingen varede gen-

nemsnitsvis lidt over 34 Dage. De allerfleste offentlige Fruentimmer erhverve hurtigt *Uretrit* og bestandigt nye Uretriter og således efterhånden en latent kronisk Form med Rekrudescenser. På første Afdeling forekom 432 Tilfælde, af hvilke de 103 vare purulente. Stranguri angaves kun af 19, 7 havde stærke reflektoriske tenesmi, to en let Katarr af Blærebalsen. Hos 7 udviklede sig Periuretrit, og 3 havde den ejendommelige kroniske hyperplastiske Form af Uretralpapillen. Svulst af Lyskekirtlerne forekom kun hos ét Individ, to havde uretral Revmatisme, ét Konjunktivit. Behandlingstiden var gennemsnitlig 21,5 Dage; til Indsprøjtninger anvendtes mest Argentamin (1:1500, 1:100). *Parurethritis* forekom hos 65 Individer, hos de 60 samtidigt med *Uretrit*. På den anden Afdeling indlagdes 510 Individer med urethritis, som hos de 191 var purulent; Stranguri tilstodes af 74, reflektoriske Vandtrængsler af 30; hos 30 forekom Perinuretrit, hos 8 uretral Revmatisme, hos ét en resolveret Monadenit. Ét ungt Individ havde Rektalgonorré. Behandlingen medtog gennemsnitsvis 50 Dage. *Paruretrit* sås hos 126 Individer, hos de 123 i Forbindelse med *Uretrit*. *Cervikalkatarr* forekom på første Afdeling hos 62 Individer, på anden hos 36.

*Kondylomer* i Urogenitalregionen sås på første Afdeling hos 56, på anden hos 218 Individer. Sædet for disse Papillomer m. m. detaljeres.

*Veneriske Sår* forekom i År aldeles ikke på første, og kun et enkelt Tilfælde på anden Afdeling.

*Ingvinale Buboner* sås på første Afdeling hos 10, på anden hos 7 Individer, hos de 6 (2 + 4) suppurerende.

Med *syphilis* indkom 185 voxne Individer, på første Afdeling 75, på anden 110; de 103 havde det første Udbrud, de 82 Recidiv, deraf 42 det første, 13 det andet, 11 det tredje o. s. v. Af Skögerne havde, som sædvanligt, et stort Antal, de 12 af 26, pådraget sig syphilis i det første År af deres Funktion. Hos 9 af disse 26 Individer forekom, således som nærmere detaljeret, en *Induration*, kun hos det ene extragenital. På den anden Afdeling sås *Induration* hos 45 af 77 Individer, hos de 5 extragenital. Indurativt Ödem af Storläbe eller Nymfe forekom hos 7 Individer. Slimpapler sås hos 29 (2 + 27) Individer. Svulst af *Lymfeglandler* manglede aldrig; hyppigst (99) vare Lyskekirtlerne svulne, dernæst (89) gl. cervic. post., gl. axillares (29), gl. cubitales (27) o. s. v. De såkaldte *Prodromer* manglede kun hos 24, således som nærmere detaljeret; periosteale eller tendinöse Ömheder forekom hos 13, Forstørrelse af Milten hos 4, Forögelse af Senereflexerne hos 17, Forløjelse af Temperatur hos 7. *Generelle kutane Syfilider* manglede hos 19 Individer, således som nærmere detaljeret. De övrige 84 havde Hudaffektion, deraf de 69 roseola (hos de 50 ublandet), 20 papulöse og 10 papulate (lentikuläre) Syfilider; ét Individ havde *iritis*. Stärkere Håraffald forekom hos 32 Individer; 17 erhvervede leucoderma under Behandlingen, kun hos ét af dem var der på Stedet gået syfilitisk Eruption forud, medens flere, som havde haft Eruption på Nakke og Hals, ikke fik leucoderma. *Muköse Syfilider* (Katarrer) forekom ofte, hos 36 var Mundslimhinden lidende, hos 13

fundtes Strubekatarr o. s. v. Behandlingstiden var gennemsnitlig 77,3 Dage, og Behandlingen altid merkuriel, mest med (40—60) Inunktioner af 3—5—8 Gm ungv. hydr. Mundirritation indtrådte under Behandlingen hos 15, en let colitis hos 4, Gastralgi hos to; Albuminuri udviklede sig hos 8. En Tiltagen i Vægt under Behandlingen påvistes hos 52, en Aftagen hos 33, hos 6 holdt Vægtforholdet sig uforandret. — Med et *første Recidiv* indlagdes 42 Individuer, alle tidligere behandlede merkurielt; Afstanden fra det tidligere Udbrud, dettes Beskaffenhed m. m. detaljeres. Prodromer forekom hos 15, generelle Hududbrud hos 31 (deraf roseola hos 22); ét Individ havde en *keratoiritis*. Med et *andet Recidiv* indlagdes 13; med et tredje 11, det ene havde også en *keratoiritis*; med et fjerde Recidiv indkom 5, med et femte 4, med et sjette og et ottende henholdsvis ét; hos 5 Individuer med Recidiv manglede Oplysninger om de luetiske Antecedenser. Ved Recidiverne findes altid Angivelser om Symptomer, Behandling o. s. v. — Af ovenberørte 185 Individuer have kun 10, d. e. de 5,4 %, vist nogen *Temperaturforhøjelse* under og lige efter Udbindsperioden; det første Udbrud viste dog sådan i 7 % af Tilfældene. *Strubekatarr* forekom kun hos 27 Individuer, af hvilke de 13 havde det første Udbrud. *Forstørrelse af Milten* konstateredes kun hos 5, af hvilke 4 havde det første Udbrud. — Af de 185 Individuer ere de 13 alene *behandlede* med Jodkalium og merkurielle Lokalmidler; hos de 172 anvendtes Hg. som Inunktioner eller Injektioner; Mundirritation indtrådte hos 18 (10,5 %), af hvilke 15 havde det første Udbrud; colitis hos 7, Albuminuri hos 11 (6,4 %), af hvilke 8 havde det første Udbrud. En Tiltagen i Vægt under Behandlingen iagttoges hos 76, en Aftagen hos 71, hos 15 holdt Vægtforholdet sig uforandret.

*Menstruationsuordener* (uden påviselig Graviditet) forekom på første Afdeling hos 38 (af de 382 forskellige Individuer); på anden endnu hyppigere, hos 95 (af 503).

Af de omnævnte 382 Skøger vides de 9 eller 2,3 % at have *født*, af dem havde de 4 haft lues; af samme 9 Mödre fik de 6 fuldbårne og sunde Børn (og de 3 havde haft syphilis), 3 aborterede i 5—7 Måned. — På den anden Afdeling forekom der mellem de 503 Individuer 44 Tilfælde af Graviditet, d. e. hos 8 %; men kun for 26 Individuers Vedkommende haves Oplysninger om Svangerskabets Udgang; af dem havde de 13 eller havde haft lues. Af samme 26 Mödre fik kun de 9 fuldbårne og sunde Børn, og ingen af dem havde haft syphilis, 5 fødte 3—9 Uger for tidligt, de øvrige aborterede.

Slutteligt følger en Række Oplysninger om de ikke-professionelle Lidelser, for hvilke *Skøger i 1894* ere behandlede på *andre Hospitaler* i København.

R. Bergh.

HASLUND: **Kommunehospitalets 4de Afdeling i 1894.** Særtryk af Kommunehospitalets Årsberetning for 1894.

På Afdelingen behandlede i alt 2354 Individuer, af hvilke de 1211 vare Mandfolk, 695 Fruentimmer og 448 Børn; 40 Individuer døde, deraf vare de 30 Børn. Dødstilfældene specificeres og belægges

oftest med Sektionsresultaterne; af de 30 döde Börn havde de 11 kongenit syphilis og 7 vare indlagte mistänkte for sådan. For veneriske Sygdomme behandledes og bleve udskrevne 1 268 Individer, af hvilke de 855 vare Mandfolk, 358 Kvinder og 55 Börn; til Observation for sådanne Lidelser indkom 98 Individer. For Hudsygdomme behandledes 765 Individer, af hvilke de 236 vare Mandfolk, 211 Kvinder og 318 Börn. Gennemsnitsvis var Hospitalsopholdet for hver Patient henimod 28 Dage. — Af den rubricerede Navneoversigt over de behandlede *Hudlidelser* ses, at der er forekommet 3 Tilfælde af aene rosacea, ét af Aktinomykose, to af alopecia areata, 3 af dermatitis herpetiformis, 5 af ichthyosis. 6 af impetigo contagiosa, ét af lichen ruber. 2 af lupus erythematosus og 13 af lupus vulgaris, 7 af pemphigus, 33 af Prurigo (HEBRÆ), 60 af psoriasis, 202 af scabies og 2 af Sklerodermi, 6 af mycosis favosa og 31 af m. trichophytina, samt 9 af urticaria.

Af *veneriske Sygdomme* hos *Mænd* forekom 423 Tilfælde af Uretrit, af hvilke de 140 havde Epididymit, altid i Forbindelse med Fimikulit; Periuretrit forekom hos 16, akut Prostatit hos 27, Cystit hos 18; revmatoide Affektioner forefandtes hos 30 Individer og specificeres nærmere, derimellem vare 2 Tilfælde af Irit; suppurerende Ingvinalbuboner forekom hos 4 Individer. Veneriske Sår sås hos 12 Individer, altid i Forbindelse med suppurerende Buboner; desuden forekom andre lokale Ulecerationsprocesser hos 90 Individer, hos de 15 ledsagede af ingvinal Buboner. Kondylomer forefandtes hos i alt 27 Individer. Phimosi sås hos 53 Individer, paraphimosi hos 9. For syphilis behandledes 350 Individer, af hvilke de 193 havde det første, 51 det andet Udbrud; de 39 frembøde tertiære Tilfælde, og af dem vare de 23 enten aldeles ikke eller meget nfuldstændigt behandlede for tidligere Udbrud. — Med gonorøiske Uretrit indkom 122 *Kvinder*, af hvilke de 6 også havde Periuretrit; Bartolinit forekom hos 12, Vaginit hos 36, Cervikal-katarr hos 95 Individer; revmatoide Affektioner sås hos 4, suppurerende Lyskebuboner hos 1. Kondylomer forekom hos 10 Individer. For syphilis behandledes 177 Kvinder, af hvilke de 83 havde det første Udbrud og 21 det andet; tertiære Symptomer sås hos 28 Individer, af hvilke de 15 aldrig havde været behandlede eller i alt Fald kun höjst nfuldstændigt. — Af *Börn* behandledes 18 for Vulvit, Vulvo-Vaginit og Vaginit, to for Uretrit og ét for Ulcerationer på penis; 21 havde kongenit syphilis. — *Syphilis insens* iagttoges hos 23 Individer, som nærmere omtales. — *Hospitalets Poliklinik* har været sögt af 2 025 nye Individer.

R. Bergh.

**Kysthospitalet på Refsnäs.** 19de Årsberetn. Fölgeblad til Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, Nr 27.

Indledes ved en Meddelelse fra den samlede Bestyrelse om Belägningsforholdene og om Hospitalets ökonomiske status, hvori der tillige göres opmärksom på den Forandring, der i Årenes Löb har udviklet sig med Hensyn til Hospitalets Virksomhed, i det der efterhånden optages flere og flere svärere Tilfælde af Skrofulose. Disse fordrer både et större Apparat for Behandlingen og kräve tilmed langt längere Tid end de lettere Tilfælde, og Fölgerne heraf vise sig dels

ved forøgede Udgifter til Hospitalets Drift, dels deri, at Antallet af ny optagne Patienter bliver mindre. Disse Forhold udvikles nærmere i en Skrivelse fra Dr. ENGELSTED til Fysikus MULVAD i Vejle, i Anledning af en ønsket Udtalelse angående en Plan til Oprettelse af et Sommersanatorium for skrofuløse Børn ved Juelsminde Strand. Særligt også med Hensyn til Kysthospitalets Overfyldning og Vanskeligheder ved at få Børn optagne der anbefaler ENGELSTED denne Plan på det varmeste.

Overlæge SCHEPELERN meddeler dernæst Resultatet af Behandlingen i Årets Løb, i det Tilfældene, ligesom i tidligere Beretninger, inddeles i 4 Klasser efter Sygdommens Grad. End videre Oplysning om den senere Helbredstilstand hos 81 tuberkuløse og skrofuløse Patienter, der vare udskrevne af Hospitalet i 1886. Endelig Vægtbestemmelser for Børnene ved Indlæggelse og Udskrivelse af Hospitalet.

*G. G. Stage.*

**FLØYSTRUP: Beretning fra den mediko-pnevmatiske Anstalt 1 Januar til 31 December 1894.** Ugeskr. f. Lager, R. 5, Bd 2, S. 529.

Anstalten har som sædvanlig særlig været søgt af Emfysematikere (42).

*F. Levison.*

**Militær hælsovård:** KNUD PONTOPPIDAN: Rekrut-Psykose. — BIERING: Nogle Bemærkninger om Regulativet og Anordningen af 24 August 1894. Diskussion sluttende sig til nævnte Foredrag. — HOLME: Oversigt over Virksomheden ved Københavns Garnisonssygehus's Klinik for Ore-, Næse- og Svælg sygdomme i Årene 1888—1893.

KNUD PONTOPPIDAN: **Rekrut-Psykose.** Militärlägen, Årg. III, S. 182.

Forf. beskriver en typisk Form af Melankoli, der jævnlig viser sig hos unge Rekrutter kort efter deres Indtrædelse i Tjänesten. Det er altid hos Landboere, oftest Jyder, enfoldige og naive Mennesker, der bringes ud af Ligevægt ved Skræk for det ukendte Militærlev og vanskelig finde sig til Rette i dette, og som lide stærkt af Hjemve.

*Joh. Möller.*

**BIERING: Nogle Bemærkninger om Regulativet og Anordningen af 24 August 1894.** Foredrag i Militärlägeföreningen. Militärlägen, Årg. III, S. 155.

**Diskussion** sluttende sig til nævnte Foredrag. S. St., S. 200.

Både Foredraget og Diskussionen angå de nye Bestemmelser vedrørende Bedømmelsen af de værnepligtiges Dygtighed til Krigstjänesten. Der påvises så vel de Fremskridt, disse Bestemmelser indeholde fremfor de ældre af 1882, som flere Ändringer, der yderligere anses for ønskelige.

*Joh. Möller.*

HOLME: Oversigt over Virksomheden ved Københavns Garnisonssygehus's Klinik for Øre-, Næse- og Svølgesygdomme i Årene 1888—1893. Militärlägen, Årg. III, S. 106, 189.

I de 5 År, Kliniken har bestået og været ledet af Korpslæge LEVY, har den haft 3 875 Patienter (3 053 af Hären og 822 af Flåden) under Behandling; af disse bleve 1 399 indlagte på Sygehuset og 2 476 behandlede poliklinisk. — Et betydeligt Antal led af Mellemørebetændelse, nemlig af otitis media catarrh. (akut og kronisk) 881 og af otitis media suppurans (akut og kronisk) 918. Den katarralske Betændelse behandlede med megen Nytte ved Sugninger med SIEGLES af LEVY modificerede Örtragt.

*Joh. Möller.*





## Compte-rendu du traité

publié au

Tome XXVII.

N° 27.

C.-A. LJUNGGREN: De l'Actinomyose chez l'homme et de sa fréquence dans la Scanie méridionale.

Après avoir donné un aperçu général de la fréquence de l'actinomyose dans les pays scandinaves et spécialement en Suède, l'auteur rend compte de l'extension de cette affection en Scanie.

Jusqu'au commencement de l'année présente, les médecins des hôpitaux avaient communiqué à l'Administration médicale un total de 84 cas, dont 17 avec des comptes-rendus cliniques.

De la Scanie, l'auteur a pu recueillir 27 cas, dont 13 lui sont propres. Tous ces cas ont été observés sur les côtes méridionales de cette province, tandis qu'aucun n'a été constaté dans les autres régions scaniennes. L'auteur a recueilli ses propres cas dans l'espace de 2 ans. Les autres ont été notés pendant les 8 dernières années par M<sup>r</sup> ELIASSON, médecin en chef de l'hôpital d'Ystad.

Grâce aux renseignements recueillis chez les médecins vétérinaires, M<sup>r</sup> LJUNGGREN a eu connaissance du fait intéressant que l'extension de l'actinomyose parmi le bétail est précisément prédominante sur les côtes méridionales de la province, où elle est très commune, et même presque endémique dans certaines paroisses.

L'auteur décrit ses propres cas un peu plus en détail, tandis qu'il est plus sommaire pour les autres.

Un fait intéressant au point de vue étiologique, est celui que les sujets affectés d'actinomyose observés par M<sup>r</sup> LJUNGGREN ont eu coutume de mâcher des grains et de la paille, et que dans un cas d'actinomyose du cou, l'auteur découvrit une arête d'orge fortement recouverte d'*actinomyces*.

Des propres cas de l'auteur, 5 avaient l'affection localisée dans la joue. Il n'est pas sans intérêt de signaler que dans tous ces cas, le processus morbide parti de la muqueuse de la bouche, s'était frayé un chemin en dehors droit à travers les parties molles de la joue, sans que de cette voie il se fût produit des canalisations latérales ou des foyers disséminés au voisinage du foyer primitif. Le processus n'avait en outre jamais de tendance à guérir spontanément, quoiqu'il se fût dans

plusieurs cas frayé une voie à travers la peau, et eût vidé son contenu, cela même quand la maladie datait de loin, parfois de plusieurs années. Dans ces cas, l'image pathologique s'est montrée tantôt comme un athérome enflammé de la peau, tantôt comme une tumeur élastique de la joue, ou aussi comme un canal fistuleux.

Les 3 cas suivants appartiennent à la catégorie de ceux où le processus pathologique s'est propagé le long du maxillaire inférieur. Dans l'un de ces cas, cet os était carié sur une assez grande extension, mais était resté intact dans deux autres.

Dans 3 cas, la maladie était localisée dans le cou. L'un d'eux offrait cet intérêt particulier, que la maladie se présenta dès le commencement sous une forme aiguë, avec symptômes généraux graves.

Dans un cas, le siège de la maladie fut découvert dans la langue, où il formait un foyer de la grandeur d'une noix sur le dos de cet organe, et dans un cas, dans la cavité ventrale. Ici, la maladie se produisit d'abord sous l'image d'une péritonite aiguë, qui se limita ensuite à la partie inférieure de l'abdomen, et qui, à l'opération (*laparotomie*), fit découvrir des foyers purulents décapsulés d'actinomyose intrapéritonéale. Ces foyers renfermaient en outre du contenu des intestins.

Tous les cas guérirent, et le traitement consista dans l'incision et le nettoyage du foyer morbide, après quoi la plaie fut laissée ouverte.

Des cas de M<sup>r</sup> ELIASSON, 5 offraient la maladie localisée dans la joue, 6 dans le cou, 2 dans l'abdomen et 1 dans les bourses volaires de la main. Tous ces cas guérirent également par un traitement à peu près semblable à celui décrit ci-dessus, sauf dans le cas d'actinomyose du ventre, dont tout traitement fut refusé par le malade. Dans le second cas de la même espèce, l'iodure de potassium fut employé avec succès.

M<sup>r</sup> LJUNGGREN complète son exposé par diverses réflexions concernant la clinique de l'actinomyose, en s'arrêtant spécialement aux cas décrits par lui. Il donne en outre un aperçu critique de la méthode de traitement de cette maladie. Il arrive à la conclusion que le traitement chirurgical est le plus sûr, et qu'il doit consister en une large incision du foyer morbide, avec raclage rigoureux et lavage abondant de la cavité; vient ensuite le traitement ouvert de la plaie. M<sup>r</sup> LJUNGGREN pense que dans les cas les plus graves, l'emploi de l'iodure de potassium doit en outre avoir lieu. On aura aussi recours à cet agent dans les cas qui ne sont pas accessibles à un traitement chirurgical suffisamment effectif, ou quand les malades ne veulent pas se soumettre au traitement opératoire.









R Nordiskt medicinskt arkiv  
81  
N76  
bd. 27

Biological  
& Medical  
Serials

PLEASE DO NOT REMOVE  
CARDS OR SLIPS FROM THIS POCKET

---

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY

---

